Rapport annuel

de gestion et de développement durable

2009-2010

Centre de santé et de services sociaux de Lac-Saint-Jean-Est

Édition produite par le Centre de santé et de services sociaux de Lac-Saint-Jean-Est

Coordination/rédaction

M^me^ Marie-Karlynn Laflamme, coordonnatrice à la planification stratégique et aux relations avec la communauté, Direction générale

Correction

M^me^ Nancy Angers, Direction générale

Ce document a été édité en quantité limitée, mais il peut être téléchargé sur le site Internet de l'établissement à l'adresse suivante : www.santealma.qc.ca

Déposé au conseil d'administration, septembre 2010

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISSN : 1920-5317 (imprimé)
ISSN : 1920-5325 (en ligne)

TABLE DES MATIÈRES

MOT DU PRÉSIDENT ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL INTÉRIMAIRE 4
DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT DE GESTION 6
MISSION 7
SECTION 1 : PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT 8
1.1 Valeurs 8
1.2 Vocation 8
1.3 Orientations stratégiques 2009-2010 9
1.4 Vision 2010 10
1.5 Équipe administrative 11
1.6 Le conseil d'administration et ses comités 12
1.7 Conseil d'administration 12
1.8 Comités du conseil d'administration 12
1.9 Comité des usagers 13
1.10 Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires 14
1.11 Comité des infirmières et infirmiers 15
1.12 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens 16
1.13 Conseil multidisciplinaire 18
1.14 Comité de gestion des risques et de la qualité 18
1.15 Comité de vigilance (prévention des infections) 20
SECTION 2 : RAPPORT DE GESTION 21
2.1 Entente de gestion et d'imputabilité par secteur pour l'année 2009-2010 21
SECTION 3 : RAPPORT D'ACTIVITÉS DES DIFFÉRENTES DIRECTIONS 27
3.1 Rapport d'activité de la Direction des services de 1re ligne 27
3.1.1 Présentation de la direction 27
3.1.2 Programme Jeunesse-Enfance-Famille 29
3.1.3 Santé publique et préventive et Santé au travail 30
3.1.4 Programme Adultes et santé mentale 31
3.1.5 Services alternatifs à l'hospitalisation 33
3.1.6 Service régional Info-Santé et Info-Social 34
3.1.7 CRAIP (Centre de recherche appliquée en interventions psychosociales) 36
3.1.8 Organisation des services psychosociaux 36
3.2 Rapport d'activité de la Direction des services cliniques et des soins infirmiers 38
3.2.1 Présentation de la direction 38
3.2.2 Prévention des infections 39
3.2.3 Programme de médecine et Unité de gériatrie active 40
3.2.4 Soutien à domicile 40
3.2.5 Programme de santé maternelle et infantile 42
3.2.6 Service de diététique 43
3.2.7 Service de réadaptation 44
3.2.8 Centres d'hébergement et soins de longue durée 45
3.2.8.1 Centre d'hébergement de Métabetchouan-Lac-à-la-Croix 45
3.2.8.2 Centre d'hébergement Le normandie 46
3.2.8.3 Centre d'hébergement Isidore-Gauthier 47
3.3 Rapport d'activité de la Direction des services professionnels et hospitaliers 48
3.3.1 Présentation de la direction 48
3.3.2 Imagerie médicale 49
3.3.3 Électrophysiologie 49
3.3.4 Unité de médecine familiale 49
3.3.5 Pharmacie 50
3.3.6 Laboratoire de biologie médicale et stérilisation 50

TABLE DES MATIÈRES

MOT DU PRÉSIDENT ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL INTÉRIMAIRE 4
DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT DE GESTION 6
MISSION 7
SECTION 1 : PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT 8
1.1 Valeurs 8
1.2 Vocation 8
1.3 Orientations stratégiques 2009-2010 9
1.4 Vision 2010 10
1.5 Équipe administrative 11
1.6 Le conseil d'administration et ses comités 12
1.7 Conseil d'administration 12
1.8 Comités du conseil d'administration 12
1.9 Comité des usagers 13
1.10 Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires 14
1.11 Comité des infirmières et infirmiers 15
1.12 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens 16
1.13 Conseil multidisciplinaire 18
1.14 Comité de gestion des risques et de la qualité 18
1.15 Comité de vigilance (prévention des infections) 20
SECTION 2 : RAPPORT DE GESTION 21
2.1 Entente de gestion et d'imputabilité par secteur pour l'année 2009-2010 21
SECTION 3 : RAPPORT D'ACTIVITÉS DES DIFFÉRENTES DIRECTIONS 27
3.1 Rapport d'activité de la Direction des services de 1re ligne 27
3.1.1 Présentation de la direction 27
3.1.2 Programme Jeunesse-Enfance-Famille 29
3.1.3 Santé publique et préventive et Santé au travail 30
3.1.4 Programme Adultes et santé mentale 31
3.1.5 Services alternatifs à l'hospitalisation 33
3.1.6 Service régional Info-Santé et Info-Social 34
3.1.7 CRAIP (Centre de recherche appliquée en interventions psychosociales) 36
3.1.8 Organisation des services psychosociaux 36
3.2 Rapport d'activité de la Direction des services cliniques et des soins infirmiers 38
3.2.1 Présentation de la direction 38
3.2.2 Prévention des infections 39
3.2.3 Programme de médecine et Unité de gériatrie active 40
3.2.4 Soutien à domicile 40
3.2.5 Programme de santé maternelle et infantile 42
3.2.6 Service de diététique 43
3.2.7 Service de réadaptation 44
3.2.8 Centres d'hébergement et soins de longue durée 45
3.2.8.1 Centre d'hébergement de Métabetchouan-Lac-à-la-Croix 45
3.2.8.2 Centre d'hébergement Le normandie 46
3.2.8.3 Centre d'hébergement Isidore-Gauthier 47
3.3 Rapport d'activité de la Direction des services professionnels et hospitaliers 48
3.3.1 Présentation de la direction 48
3.3.2 Imagerie médicale 49
3.3.3 Électrophysiologie 49
3.3.4 Unité de médecine familiale 49
3.3.5 Pharmacie 50
3.3.6 Laboratoire de biologie médicale et stérilisation 50

3.3.7 Urgence 51
3.3.8 Soins intensifs 51
3.3.9 Bloc opératoire 51
3.3.10 Chirurgie et chirurgie d'un jour 52
3.3.11 Archives 52
3.3.12 Téléphonie 52
3.3.14 Dossier clinique informatisé (DCI) 53
3.3.15 SAAQ : Programme de prise en charge rapide des accidentés de la route 53
3.3.16 Informatique 54
3.4 Rapport d'activité de la Direction des services administratifs 55
3.4.1 Présentation de la direction 55
3.4.5 Services d'hygiène et salubrité 56
3.4.6 Coordination de la gestion de l'information et de la performance clinico administrative 57
3.5 Rapport d'activité de la Direction des ressources humaines et des communications 58
3.5.1 Présentation de la direction 58
3.6 Rapport d'activité de la Direction générale 62
3.6.1 Présentation de la direction 62
3.6.2 Adjointe au directeur général et gestionnaire des risques et de la qualité 62
3.6.3 Coordination de la planification stratégique et des relations avec la communauté 63
3.6.4 Service de pastorale 63
SECTION 4 : RAPPORT DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES 64
SECTION 5 : RAPPORT DE DÉVELOPPEMENT DURABLE 65
5.1 Organisation et coordination de la démarche 65
5.1.1 Volet environnemental 65
5.1.2 Volet social 67
SECTION 6 : RAPPORT FINANCIER 69
Annexe 1 Fondation de l'Hôtel-Dieu d'Alma 74
Annexe 2 Liste des bénévoles au CSSS de Lac-Saint-Jean-Est 76
Annexe 3 Circulaire sur la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux 77
Annexe 4 Code d'éthique et de déontologie des administrateurs et administratrices 80

MOT DU PRÉSIDENT ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL INTÉRIMAIRE

Trois mots résument l'année qui se termine : mobiliser, projeter et organiser. Effectivement, bien que plusieurs projets ont dû être mis de côté étant donné la pandémie appréhendée de grippe A(H1N1), l'année 2009-2010 s'est révélée faste en réalisations de toutes sortes. En comptant sur une équipe de professionnels de la santé et des services sociaux consciencieux et rigoureux, sur des médecins engagés, des gestionnaires motivés et des bénévoles impliqués, le CSSS de Lac-Saint-Jean-Est a connu une année de développement et de consolidation aussi enrichissante qu'atypique.

Mobilisation

C'est avec le vent de l'agrément dans les voiles que nous avons entamé l'année. Effectivement, Agrément Canada nous rendait visite au mois de juin alors que la perspective de faire face à une pandémie de grippe A(H1N1) se concrétisait de plus en plus. Suite à l'obtention d'un agrément conditionnel pour une période de trois ans, nous avons, à l'instar des autres Centres de santé et de services sociaux du Québec, mobilisé nos équipes autour de l'orchestration et de l'opérationnalisation d'une grande campagne de vaccination massive contre la grippe A(H1N1).

C'est ainsi qu'au cours de l'automne 2009, nous avons procédé à la vaccination de plus de 71 % de la population de notre territoire contre le virus pandémique appréhendé, ce qui constitue un résultat enviable dans tout le Québec. Nous ne saurions passer sous silence la grande et précieuse collaboration de tous nos partenaires, autant institutionnels que municipaux et socio-économiques, qui nous ont permis de mettre en place une campagne de vaccination respectant, dans la mesure du possible, notre réalité géographique. Nous souhaitons également remercier et féliciter nos équipes qui ont toutes, de près ou de loin, eu à subir l'effet « pandémie » dans l'accomplissement de leurs tâches quotidiennes, et ce, pendant de nombreuses semaines.

Des annonces et des projets

Au mois de décembre, c'est avec plaisir que nous avons reçu la visite du ministre Yves Bolduc qui donnait officiellement le coup d'envoi au projet de rénovation de notre urgence et de nos cliniques externes,

annonce que nous attendions depuis une dizaine d'années. À la lumière de l'octroi de quelque 35 millions de dollars nécessaires à sa réalisation, nous avons constitué la structure de coordination du projet, dont l'échéance est située en 2015 et amorcé la préparation des travaux préliminaires à sa réalisation.

Au même moment, monsieur Bertin Riverin, directeur général de l'établissement depuis 2004, annonçait son projet bien personnel, soit celui de prendre sa retraite. Monsieur Bernard Côté, directeur général adjoint et directeur des services de 1re ligne s'est vu confier le mandat d'assurer l'intérim jusqu'à la nomination du prochain directeur général. Monsieur Riverin a sans aucun doute quitté le CSSS avec le sentiment du travail accompli et nous souhaitons le remercier sincèrement d'avoir contribué à améliorer les soins de santé et les services sociaux sur le territoire de Lac-Saint-Jean-Est.

Dans un autre ordre d'idée, la consolidation de l'équipe des ressources humaines et communications s'est soldée par le déploiement de Logibec, un système informatisé de traitement de la paie visant à améliorer la gestion des ressources humaines sous tous ses aspects. À cet effet, nous souhaitons féliciter l'équipe de la DRHC pour la coordination exceptionnelle de ce projet ainsi que tous les gestionnaires du CSSS pour leur patience et leur capacité à s'adapter au changement proposé.

Une première ligne médicale organisée

L'accessibilité médicale, dont nous avons fait notre cheval de bataille depuis plusieurs années déjà, s'est particulièrement accrue au cours de cette année. À preuve : les résultats exceptionnels de jumelage patient-orphelin et médecin dans le cadre de notre guichet unique d'accès et la création de nombreuses places de sans rendez-vous accessibles à toute la population grâce à la mise en place d'une clinique réseau sur le territoire. À la source de ces réalisations, une équipe médicale impliquée et engagée, motivée par le désir de donner à la population de Lac-Saint-Jean-Est des soins et services de santé de qualité dans les meilleurs délais possible.

C'est donc fier de toutes ces réalisations et de toutes les autres que vous découvrirez en cours de lecture que nous vous présentons ce rapport annuel de gestion 2009-2010. En terminant, nous souhaitons encore une fois souligner l'excellent travail des employés, gestionnaires et médecins qui travaillent tous ensemble pour que les soins de santé et les services sociaux disponibles sur le territoire de Lac-Saint-Jean-Est répondent au besoin de sa population. Rassemblées autour de cette même vision, toutes les équipes ont sans aucun doute un accent sur la vie très prononcé!

Le président du conseil d'administration,

Jean Mc Nicoll

Le directeur général intérimaire,

Bernard Côté

Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport de gestion

Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de l'exercice de gestion 2009-2010 du Centre de santé et de services sociaux de Lac-Saint-Jean-Est :

- Décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'établissement;
- Présentent les indicateurs, cibles et résultats obtenus;
- Reflètent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion, ainsi que les contrôles afférents à ces données, sont fiables et correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2010.

Le directeur général intérimaire,

Bernard Côté

Mission

Les responsabilités du CSSS, telles que décrites par le ministère de la Santé et des Services sociaux, sont de promouvoir la santé et le bien-être, accueillir, évaluer et diriger les personnes et leurs proches vers les services requis et prendre en charge, accompagner et soutenir les personnes vulnérables. En tant qu'établissement, il doit également offrir une gamme de services généraux de santé et de services sociaux et certains services spécialisés. Par ailleurs, afin de couvrir l'ensemble des besoins de sa population qu'il ne peut combler à lui seul, le CSSS doit conclure des ententes de service avec d'autres partenaires (cliniques médicales, groupes de médecine familiale, centres jeunesse, centres de réadaptation, organismes communautaires, centres hospitaliers et universitaires, etc.).

L'Hôpital d'Alma se consacre à la courte durée et son rôle principal est « d'offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés, principalement à la population du territoire de la MRC de Lac-Saint-Jean-Est. À cette fin, il reçoit les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins. Il s'assure que leurs besoins sont évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur sont offerts à l'intérieur de ses installations ou au besoin, s'assure qu'elles sont dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. Sa mission consiste également à collaborer à l'enseignement, à la recherche et à la promotion de la santé ».

Quant aux centres d'hébergement Isidore-Gauthier, Le normandie et Métabetchouan–Lac-à-la-Croix, ils ont pour mission « d'offrir de façon temporaire ou permanente, un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien, de surveillance, de réadaptation, ainsi que des services psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le soutien de leur entourage ».

Pour sa part, le CLSC a pour mission « d'offrir, en première ligne, des services de santé et des services sociaux courants à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion. À cette fin, l'établissement s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leur famille sont rejointes, que leurs besoins sont évalués et que les services requis leur sont offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile, ou au besoin, s'assure qu'elles sont dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. La mission d'un tel centre est également de réaliser des activités de santé publique sur son territoire, conformément aux dispositions dans la Loi sur la santé publique » (L.R.Q., chapitre S-2.2).

SECTION 1 : PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

1.1 Valeurs

La valeur fondamentale de l'organisation est le respect mutuel envers les citoyens et les intervenants favorisant ainsi la qualité des services, la qualité de vie au travail et le sentiment d'appartenance.

Notre organisation repose sur l'interdisciplinarité avec des canaux de communication privilégiés, structurés et efficaces.

Les intervenants s'appuient les uns les autres. La qualité de vie et la formation continue sont privilégiées en coresponsabilité.

Plus précisément, ces valeurs sont :

- Le respect mutuel;
- Le respect, la promotion et la défense des droits et libertés, en particulier du droit du citoyen à l'information et à la participation, et de la liberté d'expression des individus et des groupes;
- L'information et la transparence dans les communications et dans l'action;
- La recherche de la satisfaction de la clientèle;
- L'intégrité;
- Le partenariat dans l'action;
- La cohérence;
- L'efficacité et l'efficience.

De plus, le CSSS reconnaît la communication comme un facteur essentiel à la réussite de sa mission et, en conséquence, il considère comme un devoir de maintenir des communications constantes et de qualité avec ses différents publics.

1.2 Vocation

- Afin d'assurer la santé et le bien-être de la population, mettre tout en œuvre pour permettre l'accès à la plus large gamme possible de services de santé et de services sociaux que celle-ci requiert;
- Lorsque les besoins des usagers, l'efficacité, l'efficience et le maintien de la qualité le permettent, favoriser le développement de ces services dans le territoire de la MRC Lac-Saint-Jean-Est;
- Offrir ces services de façon intégrée, continue et complémentaire en partenariat avec tous les organismes concernés;
- Coordonner les activités et les services du réseau local déterminés par la Loi pour le territoire de Lac-Saint-Jean-Est.

* Vocation adoptée par le conseil d'administration le 16 mars 2004

1.3 Orientations stratégiques 2009-2010

Les grandes orientations pour 2009-2010 s'inscrivent dans la continuité et la mise en œuvre des décisions prises par le conseil d'administration au cours des dernières années.

Nos actions ont porté sur la concrétisation des engagements pris envers la communauté afin de continuer l'amélioration de notre offre de service et son adaptation aux besoins évolutifs de la population. Chaque équipe a poursuivi ses projets en ce sens. Le rapport de chaque direction en fait part.

D'autre part, la mise en oeuvre de notre Vision 2010 s'est poursuivie. À cet égard, l'accent a été mis sur l'amélioration du climat de travail, particulièrement par la négociation locale, la titularisation des postes, la consolidation de la Direction des ressources humaines et des communications (DRHC), ainsi que les plans d'action découlant du sondage fait auprès du personnel.

Enfin, nos efforts ont porté sur le maintien de l'équilibre budgétaire ainsi que l'amélioration de la performance et de la qualité de nos services.

1.4 Vision 2010

Notre vision commune repose sur notre engagement mutuel axé sur les besoins du citoyen. Celui-ci est au centre de nos préoccupations. Il est informé, écouté, reconnu et respecté dans son intégrité. Il est responsable de la prise en charge de sa santé.

Notre offre de service est variée, accessible, continue, coordonnée, concertée et de qualité. Elle est le plus près possible du milieu de vie. Ces services répondent aux besoins du citoyen dans un délai raisonnable et connu.

Les mécanismes d'accès sont simples et facilités par la présence de l'intervenant pivot. L'approche est chaleureuse et sécurisante. Chaque citoyen a un dossier unique et accessible en temps réel.

La valeur fondamentale de l'organisation est le respect mutuel envers les citoyens et entre les intervenants favorisant ainsi la qualité des services, la qualité de vie au travail et le sentiment d'appartenance.

Les pouvoirs, les responsabilités et l'obligation de rendre des comptes sont bien définis et répartis dans l'organisation. Le personnel est impliqué dans les décisions.

Notre organisation repose sur l'interdisciplinarité avec des canaux de communication privilégiés, structurés et efficaces.

Les intervenants s'appuient les uns les autres. La qualité de vie et la formation continue sont privilégiées en coresponsabilité.

Tous les intervenants et les citoyens connaissent les coûts des services de santé. La problématique du financement est la responsabilité de l'ensemble des intervenants, soucieux d'offrir des services de qualité à moindre coût et des citoyens également soucieux des coûts de services.

Le financement est équitable et respectueux de l'ensemble des besoins de la clientèle.

L'implication et le partenariat avec la communauté sont favorisés. Il existe une grande collaboration et une reconnaissance des services communautaires. L'accès aux services offerts par les partenaires est facilité par l'existence de corridors de services connus. Tous partagent une vision commune des services selon laquelle chacun assume ses responsabilités dans le respect de son autonomie.

La collaboration est harmonieuse et ouverte au sein de la communauté.

* Adopté au CA du 31 mai 2004

1.5 Équipe administrative

DIRECTION GÉNÉRALE
Bernard Côté, directeur général intérimaire
Josée Lalancette, adjointe au directeur général
Marie-Karlynn Laflamme, coordonnatrice à la planification stratégique et aux relations avec la communauté
DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET HOSPITALIERS
Guy Verreault, directeur des services professionnels et hospitaliers
Daniel Olivier, directeur adjoint administratif à la Direction des services professionnels et hospitaliers
Isabelle Jean, chef du département de pharmacie
Élise Desbiens, coordonnatrice des services diagnostiques
Marc Côté, chef de programme de chirurgie
Valérie Faucher, chef de programme en imagerie médicale
Christiane McNicoll, chef de service accueil-archives et télécommunication
Lise Ouellette, chef de service des soins critiques
Poste vacant, coordonnatrice à la Direction des services professionnels et hospitaliers
DIRECTION DES SERVICES CLINIQUES ET DES SOINS INFIRMIERS
Caroline Guay, directrice des services cliniques et des soins infirmiers
Paule Martel, directrice adjointe aux services cliniques et soins infirmiers
Rémi Bergeron, conseiller en prévention et contrôle des infections
Josée Côté, chef du programme pour les personnes en perte d'autonomie au Centre d'hébergement de Métabetchouan-Lac-à-la-Croix
Serge Côté, coordonnateur d'activités
Hélène Déry, coordonnatrice d'activités
Viviane Tremblay, coordonnatrice d'activités
Marilyn Landry, coordonnatrice d'activités
Sarah-Jane McRea, coordonnatrice d'activités
Yanick Cherkez, chef du programme pour les personnes en perte d'autonomie aux Centres d'hébergement Le normandie et I.-G. et responsable du mécanisme d'accès
Cathy Fleury, chef de programme de médecine
Johanne Girard, chef des services de diététique et de réadaptation
Chantale Hudon, chef de programme santé maternelle et infantile
Diane Roy, coordonnatrice à la gestion des lits et conseillère clinique
Cindy Scullion, chef d'administration du programme soutien à domicile par intérim
Martyne Gagnon, conseillère en gestion de programme
DIRECTION DES SERVICES ADMINISTRATIFS
Thérèse Marcotte, directrice des services administratifs
Daniel Brassard, coordonnateur des services techniques
Steven Scullion, conseiller en ressources financières
Richard Thériault, conseiller à la gestion financière
Madone Turcotte, coordonnatrice à la gestion de l'information. et de la performance clinico administrative
Olivier Bellemarre, chef de service buanderie, hygiène et salubrité
DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET COMMUNICATIONS
Danny Côté, directeur des ressources humaines et communications
Véronique Beaulieu, chef du service de santé
Marie-Claude Boudreault, coordonnatrice à la gestion des ressources humaines – Volet développement organisationnel
Renée Tremblay, coordonnatrice à la gestion des ressources humaines – Volet relations de travail
Julie Tremblay, conseillère en gestion des ressources humaines
DIRECTION DES SERVICES DE 1RE LIGNE
Annie Poirier, directrice intérimaire des services de 1re ligne
Bruno Gagné, coordonnateur du Service régional Info-Santé et Info-Social
Louise Fortin, chef de programme en santé publique et préventive
Guylaine Martel, chef de programme réseau Jeunesse-Enfance-Famille
Chantale Ménard, chef de programme du Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale (CRAIP)
Arlette Tremblay, coordonnatrice du programme aux services alternatifs à l'hospitalisation
COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES
Marie-Andrée Tremblay, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

1.4 Vision 2010

Notre vision commune repose sur notre engagement mutuel axé sur les besoins du citoyen. Celui-ci est au centre de nos préoccupations. Il est informé, écouté, reconnu et respecté dans son intégrité. Il est responsable de la prise en charge de sa santé.

Notre offre de service est variée, accessible, continue, coordonnée, concertée et de qualité. Elle est le plus près possible du milieu de vie. Ces services répondent aux besoins du citoyen dans un délai raisonnable et connu.

Les mécanismes d'accès sont simples et facilités par la présence de l'intervenant pivot. L'approche est chaleureuse et sécurisante. Chaque citoyen a un dossier unique et accessible en temps réel.

La valeur fondamentale de l'organisation est le respect mutuel envers les citoyens et entre les intervenants favorisant ainsi la qualité des services, la qualité de vie au travail et le sentiment d'appartenance.

Les pouvoirs, les responsabilités et l'obligation de rendre des comptes sont bien définis et répartis dans l'organisation. Le personnel est impliqué dans les décisions.

Notre organisation repose sur l'interdisciplinarité avec des canaux de communication privilégiés, structurés et efficaces.

Les intervenants s'appuient les uns les autres. La qualité de vie et la formation continue sont privilégiées en coresponsabilité.

Tous les intervenants et les citoyens connaissent les coûts des services de santé. La problématique du financement est la responsabilité de l'ensemble des intervenants, soucieux d'offrir des services de qualité à moindre coût et des citoyens également soucieux des coûts de services.

Le financement est équitable et respectueux de l'ensemble des besoins de la clientèle.

L'implication et le partenariat avec la communauté sont favorisés. Il existe une grande collaboration et une reconnaissance des services communautaires. L'accès aux services offerts par les partenaires est facilité par l'existence de corridors de services connus. Tous partagent une vision commune des services selon laquelle chacun assume ses responsabilités dans le respect de son autonomie.

La collaboration est harmonieuse et ouverte au sein de la communauté.

* Adopté au CA du 31 mai 2004

1.5 Équipe administrative

DIRECTION GÉNÉRALE

Bernard Côté, directeur général intérimaire

Josée Lalancette, adjointe au directeur général

Marie-Karlynn Laflamme, coordonnatrice à la planification stratégique et aux relations avec la communauté

DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET HOSPITALIERS

Guy Verreault, directeur des services professionnels et hospitaliers

Daniel Olivier, directeur adjoint administratif à la Direction des services professionnels et hospitaliers

Isabelle Jean, chef du département de pharmacie

Élise Desbiens, coordonnatrice des services diagnostiques

Marc Côté, chef de programme de chirurgie

Valérie Faucher, chef de programme en imagerie médicale

Christiane McNicoll, chef de service accueil-archives et télécommunication

Lise Ouellette, chef de service des soins critiques

Poste vacant, coordonnatrice à la Direction des services professionnels et hospitaliers

DIRECTION DES SERVICES CLINIQUES ET DES SOINS INFIRMIERS

Caroline Guay, directrice des services cliniques et des soins infirmiers

Paule Martel, directrice adjointe aux services cliniques et soins infirmiers

Rémi Bergeron, conseiller en prévention et contrôle des infections

Josée Côté, chef du programme pour les personnes en perte d'autonomie au Centre d'hébergement de Métabetchouan-Lac-à-la-Croix

Serge Côté, coordonnateur d'activités

Hélène Déry, coordonnatrice d'activités

Viviane Tremblay, coordonnatrice d'activités

Marilyn Landry, coordonnatrice d'activités

Sarah-Jane McRea, coordonnatrice d'activités

Yanick Cherkez, chef du programme pour les personnes en perte d'autonomie aux Centres d'hébergement Le normandie et I.-G. et responsable du mécanisme d'accès

Cathy Fleury, chef de programme de médecine

Johanne Girard, chef des services de diététique et de réadaptation

Chantale Hudon, chef de programme santé maternelle et infantile

Diane Roy, coordonnatrice à la gestion des lits et conseillère clinique

Cindy Scullion, chef d'administration du programme soutien à domicile par intérim

Martyne Gagnon, conseillère en gestion de programme

DIRECTION DES SERVICES ADMINISTRATIFS

Thérèse Marcotte, directrice des services administratifs

Daniel Brassard, coordonnateur des services techniques

Steven Scullion, conseiller en ressources financières

Richard Thériault, conseiller à la gestion financière

Madone Turcotte, coordonnatrice à la gestion de l'information. et de la performance clinico administrative

Olivier Bellemarre, chef de service buanderie, hygiène et salubrité

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET COMMUNICATIONS

Danny Côté, directeur des ressources humaines et communications

Véronique Beaulieu, chef du service de santé

Marie-Claude Boudreault, coordonnatrice à la gestion des ressources humaines – Volet développement organisationnel

Renée Tremblay, coordonnatrice à la gestion des ressources humaines – Volet relations de travail

Julie Tremblay, conseillère en gestion des ressources humaines

DIRECTION DES SERVICES DE 1RE LIGNE

Annie Poirier, directrice intérimaire des services de 1re ligne

Bruno Gagné, coordonnateur du Service régional Info-Santé et Info-Social

Louise Fortin, chef de programme en santé publique et préventive

Guylaine Martel, chef de programme réseau Jeunesse-Enfance-Famille

Chantale Ménard, chef de programme du Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale (CRAIP)

Arlette Tremblay, coordonnatrice du programme aux services alternatifs à l'hospitalisation

COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Marie-Andrée Tremblay, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

1.6 Le conseil d'administration et ses comités

1.7 Conseil d'administration

Liste des membres au 31 mars 2010 :

M. Jean McNicoll, président
M. Bernard Angers, vice-président
M. Bernard Côté, secrétaire, directeu général intérimaire
M^me^ Isabelle Bouchard
D^r^ Jean-François Gimaël
M^me^ Johanne Girard
M. Sylvain Doyon
M. Roch Harvey
M^me^ Lili Simard
M. Richard Lapointe
M. André Lévesque
M. Gérald Pilote
M^me^ Valérie Pilote
M. Jacques Gagnon
M^me^ Francine T.-Gaudreault
M^me^ Andrée Verreault
D^r^ Michel Guay
M. Laurent Villeneuve

1.8 Comités du conseil d'administration

Comité exécutif
M. Jean McNicoll
M. Bernard Angers
M. Bernard Côté

Comité leadership et partenariat
M. Jean McNicoll
M. Bernard Angers
D^r^ Michel Guay

Comité administratif
M. Jean McNicoll, président
M. Bernard Angers, vice-président
M^me^ Francine T.-Gaudreault, officière
M. Laurent Villeneuve, officier
M. Bernard Côté, directeur général intérimaire

Comité de vigilance et de la qualité
M^me^ Marie-Andrée Tremblay, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
M. Jean McNicoll
M. Roch Harvey, président
M^me^ Andrée Verreault
M. Bernard Côté
M^me^ Josée Lalancette, invitée

Comité de vérification
M. Bernard Angers
M. Richard Lapointe
M. Laurent Villeneuve
M. Bernard Côté, directeur général intérimaire
M^me^ Thérèse Marcotte, directrice des services administratifs

Comité des ressources humaines
M. Jean McNicoll, président d'office
M. Richard Lapointe
M^me^ Lili Simard
M^me^ Andrée Verreault
M. Bernard Côté

1.9 Comité des usagers

Liste des membres au 31 mars 2010 :

M^me^ Christiane Collard, présidente
M^me^ Diane Dionne, vice-présidente
M. Jacques Gagnon
M. Roch Harvey
M. Sylvain Lebel
M^me^ Lise Parent
M^me^ Lina Pelletier
M. Gilles Simard
M. Vital Tremblay
M^me^ Marie Potivin, coordonnatrice

Le comité des usagers a tenu 7 réunions régulières au cours de son dernier exercice. L'assemblée générale annuelle s'est déroulée le 26 mai 2009 au Centre culturel d'Alma.

Mandat

Le comité des usagers est globalement le gardien du respect des droits des usagers de toutes les installations et a pour principales fonctions de :

- Être le gardien des droits des usagers;
- Veiller à ce que les usagers soient traités dans le respect de leur dignité et en reconnaissance de leurs droits et libertés;
- Être l'un des porte-paroles importants des usagers auprès des instances de l'établissement.

Principales réalisations

- Conception d'un logo, d'un dépliant d'information, d'un carnet de notes et d'un calendrier pour faire la promotion des droits et responsabilités des usagers;
- Élaboration et financement d'une grande campagne sur le respect;
- Parution d'articles dans le journal interne et dans le journal local;
- Accompagnement de résidants pour dénoncer des insatisfactions;
- Références effectuées vers la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services ou au Centre d'accompagnement et d'assistance aux plaintes;
- Préparation et suivi de 17 rencontres des comités de résidants des centres d'hébergement et ressources intermédiaires;
- Présence de la coordonnatrice à différentes activités reliées à l'organisation.

1.10 Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires

Liste des membres au 31 mars 2010 :

Christine Lavoie, présidente
Andrée-Marie Tremblay, vice-présidente, Centre d'hébergement Isidore-Gauthier
Marie-Pier Jean, secrétaire, Centre d'hébergement Métabetchouan-Lac-à-la-Croix
Angéline Guérin, Centre d'hébergement Le normandie
Louise Harvey, CLSC Secteur-Sud

Mandat

Le comité des infirmières et infirmiers auxiliaires a pour mandat de :

- Voir à maintenir le processus de qualité des soins;
- Donner son avis pour évaluer et maintenir la compétence de l'ensemble des infirmières et infirmiers auxiliaires du CSSS de Lac-St-Jean-Est;
- Émettre des recommandations sur la distribution des soins dispensés par les infirmières et infirmiers auxiliaires.

Principales réalisations

Le suivi des points soulevés, lors de la dernière visite de surveillance professionnelle, est toujours en continu, c'est-à-dire :

- Le lavage des mains;
- La connaissance des médicaments;
- L'inscription de notre titre professionnel.

De plus, le comité demeure à l'affût, de tous les besoins de formation de ses membres, car le règlement sur la formation continue des infirmières et infirmiers auxiliaires implique davantage les représentants des infirmières et infirmiers auxiliaires.

1.11 Comité des infirmières et infirmiers

Liste des membres au 31 mars 2010 :

M^me^ Suzie Tremblay, mission courte durée, présidente
M. Serge Thériault, mission 1re ligne, vice-président
M^me^ Johanne Paradis, mission longue durée (Centre d'hébergement Le normandie)
M^me^ Marie-Andrée Gagné, mission courte durée
M^me^ Hélène Jean, mission 1re ligne
M^me^ Guylaine Bluteau, mission courte durée
M^me^ Annie Bergeron, mission longue durée (Centre héb. Isidore-Gauthier)
M^me^ Lyne Boily, mission longue durée (Centre héb. Métabetchouan-Lac-à-la-Croix)
M^me^ Lise Jauvin, mission 1re ligne
M^me^ Lily Gobeil, mission 1re ligne
M^me^ Valérie Fortin Tremblay, mission courte durée
M^me^ Christine Lavoie, présidente du CIIA
M^me^ Andrée-Marie Tremblay, infirmière auxiliaire
M^me^ Caroline Guay, directrice des services cliniques et soins infirmiers
M. Bernard Côté, directeur général intérimaire

Les membres de l'exécutif du CII du CSSS de Lac-Saint-Jean-Est ont tenu 4 rencontres régulières formelles ainsi que 4 rencontres informelles. L'assemblée générale annuelle s'est tenue en février 2010 au lieu de novembre 2009 étant donné la mobilisation du personnel infirmier dans le cadre de la pandémie A(H1N1) de l'automne.

Mandat

Les responsabilités du CII sont assignées par le conseil d'administration, en plus de devoir répondre à certaines interrogations du directeur général. Le CII n'a pas de pouvoir formel de décision dans l'établissement, mais il a sans aucun doute un pouvoir d'influence auprès des instances décisionnelles. Celui-ci doit :

- Apprécier de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés dans l'établissement;
- Émettre des recommandations sur les règles de soins infirmiers et sur la distribution appropriée des soins offerts;
- Assumer toute autre fonction confiée par le conseil d'administration;
- Prévoir l'organisation scientifique et technique de l'établissement;
- Prendre les moyens pour évaluer et maintenir la compétence des membres;
- Porter attention à toute autre question soumise à son attention par le directeur général;
- Produire un rapport annuel sur l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent.

Principales réalisations

- Suivi et recommandations : règle de soins sur l'administration sécuritaire des opiacés, sur le mode de distribution des services et sur le suivi de la visite de l'OIIQ du mois d'octobre;
- Réorganisation du travail : informations données à l'exécutif par la DSC-SI une fois celle-ci débutée afin de recueillir l'avis du CECII;
- La collecte de données en médecine a été proposée aux membres de l'exécutif pour consultation et avis;
- Plan thérapeutique infirmier (PTI) : sollicitation sur la méthodologie de déploiement, la formation et le maintien du plan thérapeutique infirmier;
- Philosophie de soins : formation de 3 heures sur le Caring aux agents multiplicateurs afin qu'ils puissent supporter le personnel infirmier des 3 missions dans l'intégration de la philosophie de soins.

1.12 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Liste des membres au 31 mars 2010 :

Tous les pouvoirs du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens sont exercés par un comité exécutif. Voici la liste des membres en date du 31 mars 2010 :

Dr Jean Robert, président
Dr Pierre Potvin, vice-président
Mme Isabelle Jean, pharmacienne, secrétaire
Dr Simon Cantin, trésorier
Dre Francine Déry, trésorier
Dre Lisa Pedneault, conseillère
M. Bernard Côté, directeur général par intérim
Dr Guy Verreault, directeur des services professionnels

L'exécutif du CMDP se réunit une fois par mois de septembre à juin inclusivement.

Liste des chefs de départements médicaux

Dr Christian Ricard, département d'anesthésie
Dre Carole Caron, département de biologie médicale
Dr Carl Pettersen, département de chirurgie
Dre Joanne Caya département d'imagerie médicale
Dre Odette Bouffard, département de médecine générale
Dr Michel Gagnon, département de médecine
Dr Denis Fortin, département d'obstétrique
Dr Dany Harvey, département de pédiatrie
Mme Isabelle Jean, département de pharmacie
Dr Luc Cossette, département de psychiatrie
Dr Marc-Alain Bussière, service de l'urgence

Mandat

Les comités du CMDP remplissent différentes fonctions qui ont pour objectif de veiller à la qualité de l'acte médical, pharmaceutique et dentaire dans notre établissement. Le nombre de réunions pour chaque comité est fixé à 8 par année.

Principales réalisations

- Amélioration tangible des délais au niveau des listes d'attente;
- Mise à jour des protocoles et règlements suivants :
  - Tests génétiques pour l'identification des porteurs sains de gènes récessifs;
  - Protocole d'insuline s/c;
  - Agression sexuelle;
  - Thérapie de prophylaxie ou de support lors d'une réaction d'hypersensibilité avec de la chimiothérapie;
  - Triage à l'urgence dans le contexte d'une pandémie d'influenza – clientèle adulte;
  - Triage à l'urgence dans le contexte d'une pandémie d'influenza – clientèle pédiatrique;
  - Initier la contraception hormonale;
  - Correction de l'hypoglycémie en pédiatrie;

- Politique régissant l'émission et l'exécution des ordonnances de médicaments;
- Règlement concernant la détermination des examens de dépistage de routine exigés lors de l'admission d'un usager;
- Règlement portant sur le délai accordé aux médecins, aux pharmaciens ou aux membres du personnel clinique pour compléter le dossier d'un usager après les derniers services fournis;
- Comité d'examen des titres :
  - Nomination de deux nouveaux membres actifs et six nouveaux membres associés;
  - Quatre membres actifs ont cessé leur pratique hospitalière et un membre associé a pris sa retraite;
- Comité d'éducation médicale continue :
  - Dix conférences médicales totalisant 33 heures d'enseignement;
  - Organisation de deux journées médicales régionales d'enseignement;
- Comité de l'évaluation de l'acte:
  - Étude portant sur l'insuffisance rénale;
  - Bilan martial dans l'anémie chez les enfants;
  - Gastroentérite chez les enfants hospitalisés;
  - Anomalies chez les bébés détectées à la naissance;
- Comité de pharmacologie :
  - Révision de la néphropathie induite pour les produits de contraste;
- Comité de discipline :
  - Aucune plainte n'a été déposée pour analyse.

1.13 Conseil multidisciplinaire

Liste des membres au 31 mars 2010 :

Josée Gagnon, présidente, thérapeute en réadaptation physique
Marie-Ève Tessier, v.-p., secrétaire, nutritionniste
Julie Bouchard, travailleuse sociale
Doris Houle, travailleuse sociale
Julie Hudon, technicienne en travail sociale
Lucie Noël, physiothérapeute
Josée Lalancette, adjointe au directeur général
Bernard Côté, directeur général par intérim (février 2010 à ce jour)

L'exécutif du conseil multidisciplinaire s'est réuni à 7 reprises de mai 2009 à mars 2010. L'exécutif a réalisé en partie les objectifs fixés au plan d'action 2009-2010. Le défi sera de poursuivre les activités de visibilité auprès des membres et dans toute l'organisation ainsi que de recruter de nouvelles personnes pour le développement et la continuité des mandats du conseil multidisciplinaire.

Mandat

Les responsabilités de ce conseil sont de constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de leurs membres, de faire des recommandations sur la distribution des soins et services offerts par leurs membres, eu égard aux conditions locales d'exercices requis et d'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Principales réalisations

- Promotion du rôle du conseil multidisciplinaire par la publication d'articles dans L'acCSSSent;
- Distribution d'un questionnaire d'expertise à tous les membres (taux de réponse de 50 %);
- Conférence organisée le 10 mars 2010 sur le thème « L'interdisciplinarité, de la théorie à la pratique ». Cinquante personnes étaient présentes pour entendre M^{me} Josée Côté, chef de programme pour personnes en perte d'autonomie et M^{me} Martyne Gagnon, chef de programme en santé mentale;
- Organisation de l'information donnée aux nouveaux membres en collaboration avec les ressources humaines;
- Planification de rencontres de secteurs pour faire connaître le rôle du conseil multidisciplinaire.

1.14 Comité de gestion des risques et de la qualité

Liste des membres au 31 mars 2010 :

Réjean Baribeau, directeur ressource intermédiaire Domaine Lajoie et président du comité
Véronique Beaulieu, chef du service santé et sécurité au travail
Rémi Bergeron, coordonnateur du programme en prévention et contrôle des infections
Suzanne Carrière, auxiliaire bénévole et représentante des usagers
Josée Côté, chef de programme pour personnes en perte d'autonomie
Claudette Couture, infirmière (CII)
Élise Desbiens, coordonnatrice des laboratoires et de stérilisation
Josée Lalancette, adjointe au directeur général et gestionnaire des risques et de la qualité
Diane Lamer, agente de relations humaines (conseil multidisciplinaire)
Diane Roy, conseillère clinique
Johanne Tremblay, pharmacienne (CMDP)
Nancy Angers, agente administrative

Mandat

Le mandat du comité est défini dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c.S-4.2). Le comité a notamment pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à :

- Identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers;
- S'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches;
- Assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents aux fins d'analyse des causes de ceux-ci;
- Recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise en charge de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

Principales réalisations

Au cours de l'année 2009-2010, la gestionnaire des risques a supporté les chefs de programme dans le traitement et la déclaration des incidents et des accidents. De plus, suite à l'analyse des évènements sentinelles, elle s'est assurée de la surveillance de la mise en place des mesures correctives et préventives afin d'éviter la récurrence.

Les principales mesures correctives et préventives ont été :

- Mise en place d'une procédure de vérification de l'intégrité des emballages stériles au bloc opératoire;
- Information et formation sur l'enveloppe postexposition aux liquides biologiques aux personnes susceptibles de l'utiliser;
- Rappel sur l'importance de la tenue de dossier, documentation des notes évolutives;
- Rappel sur l'utilisation des méthodes de soins informatisées et protocoles adoptés par l'établissement pour l'administration des médicaments;
- Rappel du rôle et responsabilités des assistantes infirmières chefs;
- Uniformiser la procédure d'autorisation d'un congé temporaire en longue durée.

Les infections nosocomiales ayant fait l'objet d'une surveillance systémique sont le nombre DACD (diarrhée associée au clostridium difficile) et son incidence par 10000 jours présence, le nombre de SARM (staphylococcus aureus résistant à la méthicilline) infecté et colonisé et leurs incidences par 10000 jours présence et finalement le nombre de bactériémies et son incidence par 10000 jours présence. Ces données sont remises au conseil d'administration à chacune des rencontres sous la forme d'un tableau de bord. Pour les données des taux d'incidence des infections nosocomiales se référer à la section de la Prévention et contrôle des infections. Des indicateurs de rendement du SARM et DACD sont complétés trimestriellement dans l'application WEB d'Agrément Canada.

À chacune des rencontres du comité de gestion des risques et de la qualité est statué, à l'ordre du jour, le suivi du comité de plaies de pression, des contentions, d'isolements et de préventions des chutes, du comité de santé et sécurité au travail, du comité de prévention et contrôle des infections, du comité de la sécurité des actifs informationnels, des statistiques des évènements indésirables et des évènements sentinelles s'il y a lieu. Suite à un évènement de gravité importante ou sentinelle, le comité s'assure qu'un suivi a été apporté aux évènements et se prononce, s'il y a lieu, sur les mesures correctives et préventives.

L'application SISSS (système d'information sur la sécurité des soins et des services) est le registre local et national pour contenir les statistiques sur les incidents/accidents. L'analyse des évènements indésirables pour l'année 2009-2010 fut incomplète étant donné que l'application SISSS n'a pas atteint son plein potentiel. La Sogique nous assure qu'en 2010-2011, l'outil sera plus performant.

1.15 Comité de vigilance (prévention des infections)

Liste des membres au 31 mars 2010 :

Bernard Côté, directeur général intérimaire
Roch Harvey, membre du conseil d'administration et président du comité
Josée Lalancette, adjointe au directeur général (invitée permanente)
Jean McNicoll, président du conseil d'administration
Marie-Andrée Tremblay, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
Andrée Verreault, membre du conseil d'administration
Nancy Angers, agente administrative

Mandat :

Le comité de vigilance reçoit et analyse toutes les recommandations et les rapports qui sont déposés au conseil d'administration et qui portent sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus et le respect des droits des usagers. Il fait les liens systématiques entre ces rapports et recommandations et en tire les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler, au conseil d'administration, des recommandations sur les suites à donner à ces rapports ou recommandations dans le but d'améliorer la qualité des services aux usagers.

Principales réalisations :

L'établissement fait un suivi rigoureux au comité de vigilance et de l'appréciation de la qualité des services relativement aux travaux suivants :

- Dossier d'accréditation d'Agrément Canada;
- Recommandations formulées par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services;
- Infections nosocomiales;
- Plaies de pression;
- Contentions, isolements;
- Événements indésirables de gravité importante et évènements sentinelles;
- Actifs informationnels.

Le comité de vigilance et de l'appréciation de la qualité des services fait un suivi au conseil d'administration par un résumé de ses réunions, statué à l'ordre du jour.

SECTION 2 : RAPPORT DE GESTION

Mise en contexte

Le ministère de la Santé et des Services sociaux introduit, depuis quelques années, une nouvelle approche dans la gestion des services de santé et des services sociaux. Cette approche est axée sur la production de résultats et sur la responsabilité de l'administration publique face à l'atteinte de ceux-ci. Dans cet esprit, l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, selon l'Entente de gestion et d'imputabilité, précise les résultats attendus du CSSS de Lac-Saint-Jean-Est en matière d'offre de service à la population de son territoire pour l'année financière en cours ainsi que les cibles de services à atteindre d'ici 2010. Le présent rapport de gestion trouve donc assise sur les indicateurs proposés par l'Agence et les résultats atteints en date du 31 mars 2010. Il ne s'agit donc pas d'une liste exhaustive des résultats obtenus dans tous nos programmes et services, mais de la reddition de compte de la direction face aux objectifs fixés dans l'Entente de gestion signée avec l'Agence.

2.1 Entente de gestion et d'imputabilité par secteur pour l'année 2009-2010

Pictogramme d'appréciation des résultats		**Résultats**	
		Absolus	**%**
Nombre d'indicateurs dont l'engagement est atteint	☑ **Engagement atteint**	42	72 %
Nombre d'indicateurs dont l'engagement est atteint partiellement	◆ En voie	5	9 %
Nombre d'indicateurs dont l'engagement n'est pas atteint	X Non atteint	9	16 %
	N/A	2	3 %
	Total	**58**	**100 %**

Indicateurs	**Engagement**	**Résultats**	**2009-2010**
Ressources humaines			
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et en nombre d'heures travaillées	6,60 %	◆	7,05 %
Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier	6,00 %	☑	5,15 %

Indicateurs	Engagement	Résultats	2009-2010
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante en personnel infirmier	0,00 %	☑	0,00 %
Pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières	N/A	-	51,2 %
Santé publique			
Proportion des femmes nouvellement inscrites aux Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) au cours de l'année financière 2009-2010	64 %	☑	105 %
Proportion d'écoles qui implantent l'approche l'École en santé	100 %	X	38,46 %
Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre DCaT-Polio-Hib dans les délais	75 %	☑	88 %
Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque du sérogroupe C dans dans les délais	67 %	☑	79 %
Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque dans les délais	75 %	☑	88 %
Prévention et contrôle des infections nosocomiales			
Présence d'un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	100 %	☑	100 %
Présence d'un programme structuré et de contrôle des infections nosocomiales	100 %	☑	100 %
Services généraux – activités cliniques et d'aide			
Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	428	☑	510
Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	3,53	◆	3,47
Perte d'autonomie liée au vieillissement			
Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	1325	☑	1382

Indicateurs	Engagement	Résultats	2009-2010
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	20,16	☑	23,23
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,42	☑	3,44
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,35	☑	0,35
Déficience physique			
Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	301	☑	304
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	18,44	☑	38,95
Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	55	◆	50
Respect du délai d'accès aux services en CSSS pour les enfants âgés de moins de 6 ans dont la demande est de niveau de priorité « élevé » en DP	90 %	X	37,5 %
Respect du délai d'accès aux services en CSSS pour les personnes de tous âges dont la demande est de niveau de priorité « élevé » en DP	75 %	X	58,33 %
Respect du délai d'accès aux services en CSSS pour les enfants âgés de tous âges dont la demande est de niveau de priorité « urgent » en DP	90 %	☑	100 %
Déficience intellectuelle et TED			
Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	140	☑	160
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager : déficience intellectuelle ou trouble envahissant du développement (DI)	6	☑	9,64
Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage) par allocation directe	85	☑	96

Indicateurs	Engagement	Résultats	2009-2010
Respect du délai d'accès aux services en CSSS pour les enfants âgés de moins de 6 ans dont la demande est de niveau de priorité « élevé » en DI-TED	90 %	X	0 %
Respect du délai d'accès aux services en CSSS pour les personnes de tous âges dont la demande est de niveau de priorité « élevé » en DI-TED	75 %	◆	66,67 %
Respect du délai d'accès aux services en CSSS pour les enfants âgés de tous âges dont la demande est de niveau de priorité « urgent » en DI-TED	90 %	-	Aucune demande reçue
Jeunes en difficulté			
Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	710	☑	805
Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	7,0	X	6,05
Santé mentale			
Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre d'adultes qui ont reçu ces services	76	X	68,77
Nombre de places en service de suivi intensif pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	21	☑	20,92
Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	12	☑	7,8
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	0 %	☑	0 %
Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de première ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	720	☑	774
Nombre d'usagers de moins de 18 ans ayant reçu des services de première ligne	139	☑	160

Indicateurs	Engagement	Résultats	2009-2010
Nombre d'usagers de plus de 18 ans ayant reçu des services de première ligne	581	☑	614
Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ligne en santé mentale est plus de 60 jours	4	X	16
Santé physique			
Ratio recommandé d'infirmière (ETP) affecté au programme de prévention des infections nosocomiales	96 %	☑	95 %
Séjour moyen sur civière	12	☑	8,6
Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	12	☑	10,2
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	0 %	☑	0,04 %
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	0 %	☑	0,05 %
Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	150	X	128
Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	13,27	☑	14,21
Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	52	☑	47
Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	105	☑	126
Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	1575	X	1361
Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	1200	☑	1253
Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	1150	☑	1162
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie de la hanche	90 %	☑	100 %
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie du genou	90 %	☑	96,8 %
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	99 %	☑	99,63 %
Fournir le nombre de traitements de chimiothérapie dispensés en externe au 31 mars 2010	N/A	☑	1085

Indicateurs	Engagement	Résultats	2009-2010
Fournir le nombre d'endoscopies digestives hautes et basses effectuées au 31 mars 2010	N/A	☑	2067
Administration et soutien aux services			
Pourcentage d'installations ayant éliminé leurs zones grises en hygiène et salubrité	100 %	◆	(en voie)
Certification des résidences privées pour personnes âgées			
Le nombre de résidences pour personnes âgées détenant une certification devant faire l'objet d'une entente écrite encadrant les pratiques de soins invasifs et d'administration de médicaments	17	☑	21

SECTION 3 : RAPPORT D'ACTIVITÉS DES DIFFÉRENTES DIRECTIONS

Les différentes statistiques et données quantitatives contenues au présent rapport annuel sont précédées des pictogrammes suivants : ⬆, ⬇, ou =, ceux-ci correspondent soit à une augmentation, une diminution ou une constante par rapport à la donnée de l'année précédente.

3.1 Rapport d'activité de la Direction des services de 1re ligne

3.1.1 Présentation de la direction

La Direction des services de 1re ligne, sous la responsabilité de M. Bernard Côté et depuis janvier 2010 de Mme Annie Poirier par intérim, regroupe les services suivants :

- Service régional Info-Santé et Info-Social (SRISIS)
- Centre de recherche appliquée en interventions psychosociales (CRAIP)
- Adultes et santé mentale
- Santé publique et préventive
- Réseau jeunesse-enfance-famille
- Services alternatifs à l'hospitalisation

Cette direction regroupe 8 gestionnaires et 183 employés.

Cette année, dans l'ensemble du CLSC (incluant le SAD), nous avons dispensé des services à 17 006 personnes par quelque 104 181 interventions. La diminution des usagers s'explique par une baisse de la réponse à notre campagne de vaccination régulière contre la grippe saisonnière qui s'est déroulée après la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1). Effectivement, la campagne de vaccination massive a connu un succès retentissant sur notre territoire : 35 841 personnes ont reçu le vaccin ce qui représente 71 % de notre population locale.

Au cours de l'année 2009-2010, en plus des travaux reliés à la pandémie, la direction a été particulièrement mobilisée dans la poursuite de la mise en œuvre de l'accessibilité aux services médicaux par le projet de clinique réseau et le développement de la centrale d'investigation clinique. Elle a aussi poursuivi ses efforts de concertation avec le milieu et d'intégration des services.

Principales réalisations :

- Coordination des activités reliées à la pandémie de grippe tant au niveau des services hospitaliers que pour la vaccination massive avec l'équipe locale des mesures d'urgence, en collaboration avec les partenaires du territoire, l'Agence et le Ministère;
- Coordination des campagnes « Rendez-vous d'automne » et « Plaisirs d'hiver » qui ont incité plus de 5000 personnes à bouger;
- Appui au développement d'une clinique réseau;
- Signature de plusieurs protocoles d'entente visant l'amélioration des trajectoires de services en santé mentale et enfance-jeunesse-famille;
- Projets d'horaires 4 jours de 8 heures (travailleurs sociaux) et 3 jours de 12 heures (infirmières) pour améliorer la rétention du personnel au SRISIS;
- Déploiement des services de première ligne en orthophonie dans le milieu;
- Deux projets de rétention du personnel de catégorie IV (intervenants psychosociaux);
- Informatisation des guides GIIS du CRAIP;
- Augmentation des demandes de services de première ligne en santé mentale (15 % pour les services psychosociaux généraux).

Statistiques

MUNICIPALITÉ	2008-2009		2009-2010	
	USAGERS DIFFÉRENTS	INTERVENTIONS	USAGERS DIFFÉRENTS	INTERVENTIONS
SECTEUR CENTRE				
Alma (Delisle inclus)	**11 730**	**62 574**	**⬇10 099**	**⬆66 528**
SECTEUR SUD				
Desbiens	438	2 384	371	2 622
Hébertville	740	3 929	705	4 190
Hébertville-Station	650	2 873	585	3 028
Métabetchouan-Lac-à-la Croix	1 487	8 005	1 239	8 426
Saint-Bruno	663	2 640	652	3 561
Saint-Gédéon	720	2 793	622	3 047
TOTAL SUD	**4 667**	**22 624**	**⬇4 142**	**⬆24 874**
SECTEUR NORD				
Ascension	716	3 104	731	3 449
N.-D.-du-Rosaire (Lamarche)	200	750	185	833
Saint-Henri-de-Taillon	264	941	248	907
Saint-Léon (Labrecque)	472	2 047	404	2 075
Saint-Nazaire	642	2 594	602	2 589
Sainte-Monique	295	1 679	280	1 539
TOTAL NORD	**2 580**	**11 115**	**⬇2 441**	**⬆11 392**
INDÉFINI*	51	173	71	347
HORS TERRITOIRE	562	1 234	461	1 040
GRAND TOTAL	**19 379****	**97 720**	**⬇17 006****	**⬆104 181**

* Indéfini correspond aux fiches usagers pour lesquelles aucun code postal n'a été inscrit lors de la création ou modification du dossier.

** Ce total ne peut pas correspondre au total de la colonne « nombre d'usagers », du fait que les usagers peuvent déménager en cours d'année.

3.1.2 Programme réseau Jeunesse-Enfance-Famille

Ce programme regroupe les services suivants :

- Services psychosociaux (0-21 ans) auprès des familles et de leurs enfants présentant des problèmes de développement, de comportement et de santé mentale (0-18 ans);
- Orthophonie : problèmes langagiers auprès des enfants de 0 à 5 ans;
- En milieu scolaire : les infirmières et les intervenants psychosociaux favorisent le développement et l'adaptation des jeunes en tenant compte des facteurs personnels et relationnels qui ont un impact sur leur expérience scolaire et leur vie;
- Périnatalité : services universels pré et postnataux et programmes SIPPE et OLO pour les clientèles vulnérables en équipe interdisciplinaire (infirmière, nutritionniste, psychoéducatrice, travailleuse sociale, auxiliaire familiale).

Il est composé de professionnels et techniciens qui travaillent dans les milieux de vie de la clientèle jeunesse. Le programme compte 32 employés.

Principales réalisations :

Réseau jeunesse :
- Entente locale sur les trajectoires de services signée par tous les partenaires du réseau jeunesse;
- Sous-comité en toxicomanie : discussion sur la trajectoire de services en toxicomanie à partir des orientations ministérielles en dépendance;
- Concertation MESS-MELS :
- Comité ad hoc sur le modèle d'organisation de services en milieu scolaire pour les jeunes ayant une problématique en santé mentale;
    - Définition des rôles de chacun des acteurs dans les situations de violence dans les divers milieux de vie des jeunes (famille, école, sports et loisirs) sur notre territoire;
    - Élaboration d'un document précisant la démarche d'intégration préscolaire des enfants ayant des besoins particuliers;
    - Participation et animation conjointes (CSL-CSSS) d'un atelier au Comité national de concertation MSSS-MELS le 7 mai 2009.

Périnatalité :
- Formation des infirmières sur l'allaitement maternel dans le cadre de la démarche d'obtention d'une certification d'un établissement IAB (Initiative amis des bébés);
- Politique de périnatalité 2008-2010 (MSSS) : analyse du niveau d'implantation de la politique dans le cadre des services offerts au CSSS;
- Analyse et révision de l'organisation du travail.

Diabète juvénile :
- Arrimage des services offerts aux enfants diabétiques entre l'hôpital et les infirmières en santé scolaire;
- Pandémie - vaccination massive :
    - Coordination de l'implication des services psychosociaux à la vaste opération vaccinale A(H1N1) par le biais des mesures d'urgence psychosociales;
    - Mobilisation des infirmières scolaires à la vaccination des jeunes dans leur institution scolaire.

Orthophonie :
- Formation sur les problèmes langagiers offerte aux éducatrices (135 personnes) dans les CPE (en installation et en milieu familial);
- Sensibilisation des intervenants des organismes communautaires du territoire (La Nichée, Parenfant et La Cigogne) sur les problèmes langagiers;
- Amorce d'activités de sensibilisation et prévention auprès des parents et leurs enfants en milieu communautaire.

Statistiques

SERVICES	Usagers différents	Interventions	Nouvelles demandes	Activités de groupe
Nutrition périnatalité	136	449	32	-
Orthophonie	132	333	11	-
Orthophonie - Rencontres d'information - Dépistage des problèmes langagiers (CPE) - Groupe d'articulation	125 135 72	-	-	5 5 4
Périnatalité (soins infirmiers et auxiliaires familiales)	1 156	2 436	685	-
Services psychosociaux	805	4 128	308	-
Scolaire : soins infirmiers	120	217	-	426
TOTAL	**⬇ 2 159**	**⬇ 7 563**	**⬆ 1 042**	**⬆ 440**

3.1.3 Santé publique et préventive

Le Programme en santé publique et préventive regroupe les services de santé dentaire, maladies infectieuses, vaccination, santé sexuelle, intervention communautaire et santé au travail.

Les principaux objectifs poursuivis ont été la continuité de la mise en œuvre du plan d'action local de santé publique et l'application du cadre de gestion des fonds prévention et promotion avec les organismes communautaires. Ce secteur compte 25 employés et 4 médecins à temps partiel.

Principales réalisations :

- Vaccination massive contre l'influenza A(H1N1) pandémique, 71 % de la population soit 35 841 personnes ont été vaccinées;
- Vaccination de 4 791 personnes contre l'influenza saisonnière comparativement à 8 815 personnes l'année dernière (diminution d'environ 50 %);
- Deux enquêtes épidémiologiques suite à des éclosions de cas d'oreillons. La première dans une institution d'enseignement (9 cas confirmés et interventions auprès d'une centaine de cas en contact étroit) et dans un CPE (1 cas déclaré d'oreillons avec 76 contacts étroits);
- Soutien à 3 résidences de personnes âgées (RPA) et un milieu d'enseignement en raison d'importantes éclosions de gastro-entérite;
- En collaboration avec la Table intersectorielle en développement des communautés de Lac-Saint-Jean-Est, réalisation du Portrait des municipalités de la MRC Lac-Saint-Jean-Est;
- Participation à la mise en place d'un service de transport collectif;
- Coordination d'une formation pour 10 maisons de jeunes en intervention de situations d'urgence : urgence psychosociale, conformité des bâtiments et autodéfense;
- Participation à la mise sur pied d'une clinique de suivis et de traitements pour les personnes porteuses du virus de l'hépatite C et offre de service intégrée, intensifiée dans le milieu, de prévention et de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS);
- Le CSSS et les partenaires issus des milieux institutionnels et socioéconomiques ont invité les municipalités et organismes communautaires à un « Rendez-vous d'automne » et aux « Plaisirs

d'hiver ». Pour ces deux événements, des regroupements de deux ou plusieurs partenaires ont organisé près de 40 activités partout sur le territoire de la MRC permettant à plus de 5 000 personnes de participer à l'une ou l'autre des activités physiques offertes à proximité de leur domicile;
- Évaluation de l'implantation du plan d'action local de santé publique 2005-2008 et, dans l'ensemble, nous pouvons dire que le PAL-SP est implanté à 86 %;
- Les hygiénistes dentaires ont visité les classes de 3e et 4e année de 8 écoles primaires pour un dépistage afin de cibler les enfants à risque élevé de caries dentaires et application de scellant avec l'accord parental.

Statistiques

SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE ET PRÉVENTIVE	Usagers différents	Interventions	Nouvelles demandes	Activités individuelles	Activités de groupe
Santé sexuelle – soins infirmiers	772	1 458	125	78	5
Communautaires	52	557	---	---	---
Immunisation/Maladies infectieuses	10 327	13 643	26	---	---
Services dentaires préventifs	413	664	---	886	183
Cessation tabagique	33	76	---	---	---
Services médicaux – Santé sexuelle	245	321	---	---	---
TOTAL	**⬇ 11 332**	**⬇ 21 076**	**⬇ 174**	**⬆ 810**	**⬇ 209**

3.1.4 Programme Adultes et santé mentale

Le Programme adultes et santé mentale offre des services externes aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale par le biais de son accueil social, de services psychosociaux généraux, de services de base, de soutien d'intensité variable et de suivi intensif dans le milieu en équipe, en plus d'offrir 16 lits d'hospitalisation pour les phases aiguës de la maladie.

Ces services sont offerts par des équipes multidisciplinaires composées de psychologues, psychoéducatrices, travailleurs sociaux, infirmières, infirmières cliniciennes, techniciennes en éducation spécialisée, infirmières auxiliaires, préposées aux bénéficiaires et monitrices en loisirs. Les deux psychiatres, qui agissent à titre de consultants auprès des omnipraticiens, sont étroitement impliqués dans la dispensation des services, tant sur le département de psychiatrie qu'auprès des équipes externes.

Quelque 46 employés oeuvrent au sein de ce programme.

Principales réalisations :

- Coaching clinique de l'équipe régionale spécialisée auprès des équipes SIV et SIME une fois par mois et par de la formation;
- Développement des ressources humaines par plusieurs activités de formation offertes en lien avec le changement des approches qui caractérisent le suivi des clientèles dans la communauté;
- Consolidation des équipes par l'octroi des postes vacants. De plus, nous avons procédé à l'embauche d'un quatrième psychologue et à la réorganisation des tâches entre les équipes;

- Mise en place des services du professionnel répondant qui sont assurés par une psychologue de l'équipe de base. Elle offre des services de soutien clinique aux autres ressources de première ligne;
- Collaboration avec divers milieux d'enseignement soit l'UQAC, l'Université de Sherbrooke et le CEGEP d'Alma. Nous avons ainsi accueilli une stagiaire au doctorat en psychologie, un stagiaire en travail social, une stagiaire à la maîtrise en psychoéducation et des stagiaires en soins infirmiers;
- Maintien du Programme poids santé, et ce, malgré l'absence de financement récurrent pour le volet promotion et prévention au niveau des saines habitudes de vie;
- Travaux visant le financement récurrent des places d'hébergement de crise et de transition du Groupe Le P.A.S. avec l'Agence et le CRDI;
- Signature du protocole d'entente régional concernant l'hébergement de crise;
- Consolidation de l'équipe de la garde sociale et révision du cadre de gestion de ce service;
- Début des travaux visant la mise en place du suivi systématique de la clientèle hospitalisée;
- Activités de soutien aux familles et aux proches de la personne hospitalisée;
- Plan d'action sur les services offerts à la ressource intermédiaire Le Domaine Lajoie;
- Accueil de plusieurs médecins résidents dans les divers volets du programme;
- Recrutement d'une nouvelle psychiatre.

Statistiques

Adultes et santé mentale Services	Usagers différents	Interventions	Nouvelles demandes	Activités individuelles	Activités. de groupe
Soins infirmiers, services psychosociaux, psychoéducatrices et auxiliaires familiales	681	10 759	393	---	---
Santé mentale 0-17 ans	173	1207	21	---	---
Services psychosociaux généraux	521	1790	1491	---	---

Adultes et santé mentale Interventions de groupe	Nombre usagers/groupe	Interventions	Total usagers
Santé mentale adulte première ligne	8	98	753

3.1.5 Services alternatifs à l'hospitalisation

Les Services alternatifs à l'hospitalisation offrent plusieurs services sur une base ambulatoire pour certaines clientèles, adultes et autonomes pour la plupart, qui désirent participer à leurs soins et ayant une certaine capacité d'apprentissage.

Nos services offrent aux usagers la formation nécessaire afin qu'ils puissent collaborer activement à leur traitement. Cela permet d'éviter certaines hospitalisations et de diminuer la durée du séjour en milieu hospitalier. Ils améliorent l'accessibilité aux services en plus de promouvoir la santé.

Ces services comprennent 49 employés.

Principales réalisations :

- Clinique externe d'ophtalmologie : nous avons fait l'acquisition d'un laser SLT et d'un angiographe OCT;
- Clinique externe de pneumologie : avec la participation financière de la fondation de l'Hôtel-Dieu d'Alma, nous avons renouvelé l'équipement du laboratoire de physiologie respiratoire et fait l'acquisition d'un Plethysmographe (body box);
- Intégration du Guichet unique d'accès et du Centre d'investigation clinique dans un seul et même service. Nomination d'une infirmière clinicienne et élaboration du cadre clinique.

Statistiques

SERVICES ALTERNATIFS À L'HOSPITALISATION	Usagers différents	Interventions	Nouvelles demandes	Activités de groupe
Asthme	55	100	154	
Maladies cardio-vasculaires	172	715	279	20
Diabète	291	1484	176	15
Allergies alimentaires	2	3	---	---
MPOC	96	705	106	---
Inhalothérapie - autres	90	201	---	---
Services de santé courants	1676	7512	17	---
TOTAL	**⬇ 2 234**	**⬇ 10 720**	**⬆ 732**	**⬇ 35**

SERVICES	Usagers différents	
	2008-2009	2009-2010
Médecine de jour	3 006	⬆3 746
Cliniques externes (orthopédie, chirurgies mineures, ophtalmologie, oncologie, chimiothérapie, hématologie, enseignement préopératoire)	25 931	⬆26 707
Santé courante	2 965	⬆3 156
Trajectoire des maladies chroniques	521	⬆552
Volet activité physique et santé mentale	133	⬆140

3.1.6 Service régional Info-Santé et Info-Social

Le service régional Info-Santé et Info-Social offre des services d'intervention téléphonique 24 heures/7jours semaine à la population du Saguenay-Lac-Saint-Jean et à la région du Nord-du-Québec en matière de santé et pour toutes les questions psychosociales. Il offre également le service de télésurveillance et assume la coordination des services d'intervention en situation de crise reliés à la Loi P.38-001.

Les employés du service sont au nombre de 71.

Principales réalisations

- Participation aux travaux de refonte du programme provincial de formation en intervention psychosociale téléphonique;
- Participation au comité d'intégration de la troisième édition du programme de formation Info-Social;
- Création d'une salle de repos et d'une salle d'entraînement pour le personnel;
- Renouvellement du protocole d'entente avec la région 10 concernant la réponse téléphonique Info-Santé et Info-Social, incluant l'ajout du Réseautage des services de crise;
- Projet pilote concernant l'horaire de 12 heures pour les infirmières de l'équipe Info-Santé;
- Horaire 4 jours/32 h pour les travailleurs sociaux amenant une meilleure stabilité de l'équipe Info-Social;
- Intégration du logiciel Info-Santé Web, volets santé et social;
- Ligne rouge Info-Santé pour les médecins durant la pandémie;
- Mention de pratique exemplaire pour Info-Social lors de l'Agrément;
- Informatisation de la clientèle enregistrée (SAD et GMF) amenant une diminution de l'abandon des clients;
- Augmentation de 83 clients de Télésurveillance pour un total de 993;
- Élaboration et distribution du plan de diffusion des outils reliés à la crise aux partenaires;
- Reconnaissance de l'expertise du service Info-Santé et Info-Social de la région par le MSSS.

- Signature des protocoles d'entente suivants :

  - Protocole d'entente pour l'hébergement de crise;
  - Entente de collaboration avec le Centre de prévention du suicide;
  - Entente de collaboration avec l'organisme Tel-Aide;
  - Protocole d'entente concernant la L.R.Q. c. P-38.001 et SQ Chibougamau-Chapais;
  - Protocole d'entente concernant la L.R.Q. c. P-38.001 et SQ Matagami;
  - Protocole d'entente concernant la L.R.Q. c. P-38.001 et SQ Lebel-sur-Quévillon;
  - Protocole d'entente concernant la L.R.Q. c. P-38.001 et SQ Radisson ;
  - Protocole d'entente concernant la L.R.Q. c. P-38.001 pour la SQ/SPVS/CSSS Saguenay.

Statistiques

SERVICES	2008-2009	2009-2010
Info-Santé		
Appels répondus	99 689	⬆110 230
Interventions complémentaires	795	⬆938
Taux d'utilisation (1 000 habitants)	350	⬆389
Niveau de service (moins de 4 minutes)	59 %	⬆79 %
Taux de réponse	79 %	⬆83 %
Délai moyen d'attente	4,12 min	⬇2,24 min
Durée moyenne d'intervention	13,16 min	⬇12,29 min
Appels offerts	126 407	⬆133 345
Appels virtualisés entrants	19 602	⬆36 430
Appels virtualisés sortants	(19 147)	⬆ (25 708)
Télésurveillance		
Clientèle inscrite	910	⬆993
Installations	422	⬆468
Cessations	324	⬆385
Alarmes	14 184	⬆16 027

SERVICES	2008-2009	2009-2010
Info-Social		
Appels répondus	17 153	⬇15 912
Interventions complémentaires	4 041	⬆4 285
Taux d'utilisation (1 000 habitants)	74	⬇71
Niveau de service (moins de 4 minutes)	87 %	⬆94 %
Taux de réponse	91 %	⬇87 %
Délai moyen d'attente	0,52 min	⬇0,44 min
Durée moyenne d'intervention	28.46 min	⬇28,18 min
Appels offerts	19 793	⬇18 337

3.1.7 CRAIP (Centre de recherche appliquée en interventions psychosociales)

Le Centre de recherche appliquée en interventions psychosociales (CRAIP) élabore des guides d'intervention et des outils professionnels bilingues destinés aux intervenants du Service Info-Santé et Info-Social – volet social, un service d'intervention psychosociale téléphonique. Le CRAIP permet ainsi l'harmonisation de la pratique au sein de ce volet de service. Il offre aussi un programme de formation provincial destiné aux intervenants du volet social.

Six personnes composent cette équipe.

Principales réalisations

- Intégration d'une nouvelle équipe de travail;
- Perfectionnement des connaissances entourant la théorie écosystémique;
- Fiches psychosociales (papier et internet) reliées au séisme survenu en Haïti;
- Repères d'intervention psychosociale en contexte de pandémie;
- Informatisation de 39 premiers GIIS en collaboration avec la Sogique;
- Programme de formation du Service Info-Santé et Info-Social – volet social;
- Code de civilité du CRAIP;
- Plan de développement des compétences des agents de planification, de programmation et de recherche;
- Financement d'un projet visant la rétention du personnel de la catégorie IV (MSSS);
- La mise à jour des 78 GIIS (français et anglais) acheminée aux services régionaux Info-Santé et Info-Social – volet social.

3.1.8 Organisation des services psychosociaux

La conseillère à l'organisation des services psychosociaux est responsable de :

- Organiser et coordonner les services psychosociaux de l'ensemble du CSSS de Lac St-Jean-Est;
- Maintenir et développer les compétences des intervenants psychosociaux;
- Évaluer l'acte professionnel des intervenants psychosociaux;
- Effectuer l'encadrement clinique des intervenants psychosociaux;
- Gérer les programmes de stages psychosociaux et faire les liens avec les institutions d'enseignement;
- Identifier les besoins de formation et de perfectionnement spécifiques aux intervenants psychosociaux.

Par son rôle, celle-ci favorise l'amélioration des pratiques psychosociales et le développement des compétences et fait la promotion et la représentation de la perspective psychosociale dans l'organisation des services.

Principales réalisations :

- Mise en place et coordination des plans de services individualisés et intersectoriels (PSII) dans le Réseau jeunesse;
- Définition des profils de compétences des intervenants psychosociaux du CSSS pour la dotation et la sélection;
- Harmonisation des processus de sélection et de dotation du personnel psychosocial;
- Création du comité psychosocial permanent : structure de représentation des différentes professions psychosociales au sein de l'ensemble des programmes-services du CSSS;
- Structure concertée pour les offres de stages psychosociaux dans le CSSS.

3.2 Rapport d'activité de la Direction des services cliniques et des soins infirmiers

3.2.1 Présentation de la direction

La Direction des services cliniques et des soins infirmiers, sous la responsabilité de M^{me} Caroline Guay, regroupe les services suivants :

- Médecine
- Unité de gériatrie active
- Santé maternelle et infantile
- Soutien à domicile
- Coordination des activités de soir et de nuit
- Service alimentaire et réadaptation
- Services sociaux de courte et longue durée
- Prévention des infections
- Soins de longue durée (trois CHSLD)
- Infirmière de liaison de l'urgence

La direction est composée de 16 gestionnaires et 561 employés y travaillent.

Cette année, l'équipe a particulièrement travaillé à optimiser le continuum de soins, consolider l'offre de service de la direction, revoir l'offre d'hébergement sur le territoire et poursuivre le déploiement d'ordonnances collectives et de protocoles.

Principales réalisations :

- Production du document sur le portrait d'hébergement du CSSS;
- Mise en place du programme de préceptorat;
- Application du plan thérapeutique infirmier (PTI) dans l'ensemble de l'établissement;
- Formation sur le diabète pédiatrique;
- Ordonnance collective sur l'hormonothérapie;
- Ordonnance collective sur le suivi hépatique;
- Poursuite de la réorganisation des soins.

3.2.2 Prévention des infections

Le Programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) vise à protéger les usagers contre l'acquisition d'infections lors d'un épisode de soins. Il vise également la protection des visiteurs et du proche aidant naturel. Le programme de PCI couvre les 6 volets suivants : surveillance des infections nosocomiales et vigie à l'égard des problèmes infectieux émergents, politique, procédure et mesure de soutien, éducation et formation, évaluation, communication et information, gestion des éclosions.

L'équipe est composée d'un gestionnaire et d'une conseillère en prévention et contrôle des infections.

Principales réalisations :

- Économie réalisée suite à une baisse marquée au niveau des infections nosocomiales (Comparatif des colonisations à SARM, des infections à SARM, des bactériémies et des diarrhées associées au clostridium difficile) : 313 860,00 $** ;
- Participation à la campagne régionale d'hygiène des mains, formation de 127 travailleurs de différents titres d'emploi et audits dans tous les secteurs du CSSS de Lac-St-Jean-Est;
- Vaccination massive des patients vulnérables et des résidants dans les CHSLD contre l'influenza A(H1N1) et vaccination saisonnière avec un taux de 85 %;
- Participation à la vaccination massive du personnel pour le vaccin pandémique;
- Formation de 1245 employés du CSSS dans le cadre de la pandémie;
- Instauration de BAC pour la pandémie sur toutes les unités de soins ainsi que dans les CHSLD;
- Gestion des éclosions : gastro-entérite, unité de psychiatrie en avril 2009; SARM, unité du 5e en mai 2009; SARM, unité du 5e en février 2009; gastro-entérite, unité du 5e en mars 2010;
- Participation à des travaux régionaux pour la mise en place d'un programme de surveillance des infections des sites chirurgicaux;
- Ajout de deux indicateurs au tableau de bord : taux d'infection des sites chirurgicaux (hystérectomie), taux d'administration d'antibiotiques prophylactiques en temps opportun (hystérectomie) ;
- Mise en place d'un volume « Protocoles, procédures et politiques en prévention des infections » dans tous les secteurs de l'Hôpital d'Alma.

** Les coûts approximatifs pour chacune des infections ont été tirés des sources suivantes : Rapport AETMIS de juin 2010 sur l'évaluation des coûts/bénéfices de la PCI ainsi que de la conférence de la Dre Andrée Galarneau, présidente du comité CINQ lors du colloque de l'AIPI en mai 2010.

Statistiques

	2008-2009	2009-2010
Taux d'hygiène des mains au CH	35,37 %	⬆48,05 %
Incidence clostridium difficile	3,4	⬇0,6
Incidence SARM (colonisé + infecté)	17,2	⬆18,6
Incidence bactériémies	4,5	⬇2,4
Taux d'infection des sites chirurgicaux (hystérectomie)	ND	3,4 %
Taux d'antibioprophylaxie en temps opportun (hystérectomie)	ND	100 %

3.2.3 Programme de médecine et Unité de gériatrie active

L'Unité de médecine et l'Unité de gériatrie active (UGA) disposent de 36 lits de médecine de courte durée et 9 lits de gériatrie active. La réorganisation des structures de travail est terminée depuis bientôt un an. Cela nous a permis d'optimiser les soins dispensés aux usagers et d'atteindre un niveau de performance remarquable.

L'année 2009-2010 a été marquée par la création et la mise en application d'un code de civilité réalisé par les employés. Conséquemment, cette démarche a permis de solidifier et consolider les liens entre le personnel et ainsi améliorer grandement le climat de travail.

Nous comptons maintenant sur l'appui de plus de 65 employés détenteurs de poste pour le département de médecine et l'UGA. À ce nombre s'ajoute 30 personnes qui composent l'équipe volante.

Principales réalisations

- Implantation d'un programme de prévention des chutes en courte durée au mois de novembre 2009;
- Mise en application du plan thérapeutique infirmier depuis novembre 2009;
- Implantation du BCM des usagers au moment de l'admission pour la clientèle en gériatrie active, en collaboration avec l'équipe multidisciplinaire de l'UGA;
- Réalisation d'un code de civilité propre à l'unité de médecine.

3.2.4 Soutien à domicile

Les services offerts par l'équipe de soutien à domicile (SAD) se divise en trois volets :

- Prodiguer des soins à domicile aux personnes ayant des incapacités physiques, des maladies chroniques, en phase palliative ou vivant avec un handicap;
- Intervenir auprès de la clientèle en perte d'autonomie, en convalescence (postchirurgie, posthospitalisation) ou souffrant d'une maladie chronique en offrant des services de réadaptation;
- Maintenir et améliorer l'équilibre psychologique et social des personnes et des familles ayant besoin de services d'ordre psychosocial.

Parmi les 69 employés du service, on compte 32 employés dédiés aux soins infirmiers, 8 membres de l'équipe de réadaptation, 18 personnes oeuvrant au sein de l'équipe psychosociale, 5 auxiliaires familiales et 6 adjointes administratives.

Principales réalisations

- Réseau de services intégrés pour personnes âgées (RSIPA) : formation de tous les utilisateurs (auteurs et lecteurs) de l'OÉMC du SAD ainsi que du CSSS;
- Lors de la pandémie, une réponse à toutes les demandes a été assurée (vaccination de la clientèle; demandes d'information; décompte de vaccins, etc.);
- Fin des formations sur la gestion de cas avec la mise en place d'un comité pour sa réalisation;
- Signatures de 21/23 protocoles d'entente avec les résidences pour personnes âgées (RPA) du territoire Lac-St-Jean-Est;

- Séances d'information avec les différents intervenants du CSSS impliqués dans le dossier de la prévention des chutes;
- Révision complète des politiques de soins d'hygiène et du prêt d'équipement;
- Mise en place d'un partenariat avec le CRDI (auxiliaire familiale et éducatrice spécialisée);
- Plan d'accès, respect des délais d'accès pour la clientèle DP-DI-TED;
- Dans le cadre du plan d'accès, création de nouveaux postes : une éducatrice spécialisée et une intervenante pivot pour la clientèle DP-DI-TED;
- Stabilisation du personnel pour l'équipe de réadaptation.

Statistiques

Services	Usagers différents		Interventions	
	2008-2009	2009-2010	2008-2009	2009-2010
Aide à domicile	394	⬆573	7 286	⬆20 704
Soins infirmiers à domicile	2 356	⬇2 337	27 418	⬇27 109
Inhalothérapie à domicile	2	= 2	16	⬇2
Nutrition	157	⬆194	767	⬇726
Services psychosociaux à domicile	1 017	⬇988	5 037	⬇4 611
Ergothérapie à domicile	211	⬆341	943	⬆1 141
Physiothérapie à domicile	391	⬇341	1 325	⬆1 616

3.2.5 Programme de santé maternelle et infantile

Le Programme de santé maternelle et infantile (SMI) regroupe l'Unité de périnatalité et la pédiatrie. Les intervenants adhèrent à la philosophie du *Caring*. En plus d'assurer des soins de qualité, le programme SMI assure le suivi des grossesses à risque élevé. De plus, l'Unité pédiatrique prodigue un suivi et un enseignement très structurés concernant le diabète chez l'enfant en collaboration avec les intervenants du CLSC.

L'équipe de périnatalité compte 32 employés et l'équipe de pédiatrie en compte 23.

Principales réalisations :

- Programme d'enseignement du diabète chez l'enfant;
- Ajout d'une salle d'échographie en périnatalité;
- Ajout d'une chambre à 2 lits en péri-médecine;
- Orientation infirmières auxiliaires en clinique de gynécologie et en périnatalité;
- Orientation infirmières auxiliaires auprès d'enfants en pédiatrie de 0 à 16 ans.

Statistiques

Périnatalité		
	2008-2009	**2009-2010**
Taux d'occupation	100 %	⬇68.16 %
Jours/présence	4 034	⬇3732
Nombre total d'accouchements non répartis	521	⬆529
Nombre de césariennes	139	⬇126
Pourcentage d'allaitement	74 %	⬆77 %
Nombre de naissances	663	⬆666
Nombre de bébés prématurés	37	⬇34
Nombre de bébés de petit poids	26	⬆29
Nombre de dépistages auditifs	655	⬇598*

* Appareil non disponible pendant 30 jours.

PÉDIATRIE	**2008-2009**	**2009-2010**
Taux d'occupation	100 %	⬇79.9 %
Jours/présence	4 048	⬇3 200
Nombre de visites en clinique externe et pédiatrie de jour	2 040	⬆2 377

3.2.6 Service de diététique

Le service de diététique a comme mission d'assurer une alimentation saine et équilibrée à sa clientèle, en plus de lui assurer un traitement nutritionnel optimal selon les normes et principes de la nutrition.Dans le cadre de cette mission, le service de nutrition clinique offre des services aux usagers en courte durée de chirurgie, gériatrie active, médecine, oncologie, pédiatrie, périnatalité, psychiatrie, soins intensifs, longue durée, ainsi qu'en clinique externe. Les services offerts sont:

- Évaluation et détermination du plan de traitement nutritionnel grâce à une consultation en diététique;
- Suivi et surveillance de l'état nutritionnel des usagers dont le plan de traitement nutritionnel a été déterminé;
- Enseignement nutritionnel.

L'équipe compte 30 employés à l'Hôpital d'Alma et 35 autres répartis dans les différents centres d'hébergement.

Principales réalisations

- Mise en place du projet « Alimentation en CHSLD » et début des formations en dysphagie aux préposés, infirmières, infirmières auxiliaires, techniciennes en loisirs et éducatrices;
- Formation en hygiène et salubrité suivie par 15 employés manipulateurs et 2 gestionnaires afin de répondre aux nouvelles exigences du MAPAQ;
- Élaboration et dépôt de la nouvelle politique alimentaire conformément au cadre de référence émis par le ministère. Création de 2 comités et début des travaux selon notre plan de mise en œuvre de la politique alimentaire 2010-2012;
- Formation en nutrition donnée par des nutritionnistes aux résidents de l'UMF;
- Participation d'une nutritionniste à la clinique de pédiatrie pour le diabète de type 1 et au nouveau comité d'éthique clinique;
- Révision du protocole d'alimentation parentérale;
- Élaboration d'activités spéciales pour les employés du CSSS de Lac-Saint-Jean-Est dans le cadre du mois de la nutrition.

Statistiques

SERVICES NUTRITIONNELS ACCESSIBLES PAR LE BIAIS D'UNE CONSULTATION EN DIÉTÉTIQUE RÉPARTIS PAR INSTALLATION	Usagers hospitalisés		Usagers cliniques externes	
	2008-2009	**2009-2010**	**2008-2009**	**2009-2010**
Hôpital d'Alma	739	609	298	268
Centre d'hébergement Métabetchouan-Lac-à-la-Croix	109	66		
Centre d'hébergement Le normandie	30	12		
Centre d'hébergement Isidore-Gauthier	24	15		
TOTAL	**902**	**⬇702**	**298**	**⬇268**

AUTRES INDICATEURS	2008-2009	2009-2010
Total repas servis	488 440	⬇479 573
Total heures travaillées	87 999	⬆89 190
Vente de service	303 903 $	⬆304 155 $

3.2.7 Service de réadaptation

Le Service de réadaptation physique offre à la clientèle externe et hospitalisée de l'établissement des services généraux et spécialisés. Les professionnels s'assurent que les besoins sont évalués et que les personnes reçoivent les services nécessaires à leur situation.

L'équipe est composée de 4 physiothérapeutes, 7 thérapeutes en réadaptation physique, 1 audiologiste, 3 ergothérapeutes, 1 préposée et 2 secrétaires pour un total de 18 personnes.

Principales réalisations

Physiothérapie
- Révision des formulaires d'évaluation orthopédique;
- Travaux sur les plans de réaménagement du Service de physiothérapie;
- Mise en place d'un contrat d'assiduité pour la clientèle externe;
- Début de la révision des politiques et procédures;
- Mise en place du logiciel IMPAX (visualisation des clichés radiographiques);
- Formation et échanges en collaboration avec l'équipe territoriale pour la clientèle 0 à 5 ans du Centre de réadaptation de Jonquière.

Ergothépapie
- Mise à jour des dépliants et inventaire des fauteuils roulants;
- Participation au sein de l'équipe interdisciplinaire en lits posthospitaliers.

Statistiques

SERVICES	Courte durée		Longue durée		CSST		Total	
	2008-2009	2009-2010	2008-2009	2009-2010	2008-2009	2009-2010	2008-2009	2009-2010
Audiologie*								
Nombre usagers	527	211	-	-	7	4	534	⬇215
Jours/traitement	457	248	-	-	16	4	473	⬇252
Ergothérapie								
Nombre usagers	446	406	135	139	5	3	586	⬇548
Jours/traitement	1752	1565	407	364	137	100	2296	⬇2029
Physiothérapie								
Nombre usagers	1635	1537	208	267	16	8	1859	⬇1812
Jours/traitement	12 701	12 522	3718	3517	246	216	16 665	⬇16 255

* L'audiologiste était en congé de maternité et n'a pas été remplacée. Le nombre d'usagers a inévitablement diminué.

SERVICES POSTHOSPITALIERS*	2008-2009	2009-2010
Ergothérapie		
Nombre usagers	17	⬆23
Jours/traitement	27	⬇26
Physiothérapie		
Nombre usagers	50	⬆65
Jours/traitement	1119	⬆1332

3.2.8 Centres d'hébergement et soins de longue durée

La mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée est d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien, de surveillance, de réadaptation, ainsi que des services psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes en raison de la perte d'autonomie fonctionnelle. Le CHSLD a donc une double vocation : milieu de vie substitut et milieu de soins.

Au sein de notre CSSS, cette mission s'exerce dans 3 installations distinctes.

Statistiques

CENTRE D'HÉBERGEMENT	Nombre d'usagers admis (permanent)		Nombre d'usagers admis (temporaire)	
	2008-2009	2009-2010	2008-2009	2009-2010
Métabetchouan-Lac-à-la-Croix	100	⬇90	21	⬆24
Le normandie	16	⬇14	19	⬆26
Isidore-Gauthier	16	⬇13	13	⬆23
TOTAL :	**132**	**⬇117**	**53**	**⬆73**

Pourcentage d'usagers pour lesquels des mesures de contrôle, de contentions ou d'isolement ont été appliquées	2009-2010
Métabetchouan-Lac-à-la-Croix (132 usagers)	56 %
Isidore-Gauthier (33 usagers)	37 %
Le normandie (47 usagers)	46 %
Hôpital d'Alma (105 usagers)*	19 %

* Le formulaire prévu pour la compilation de ces données statistiques ne parvient pas systématiquement à la DSC-SI ce qui peut fausser les données.

3.2.8.1 Centre d'hébergement de Métabetchouan-Lac-à-la-Croix

Ce centre d'hébergement compte 147 lits dont 135 de soins de longue durée, 10 lits de soins posthospitaliers et 2 lits d'hébergement temporaire. Ces lits sont répartis sur 2 étages et 3 unités.

Ce centre compte 148 employés.

Principales réalisations

- Processus d'agrément 2009-2010 : élaboration de 9 plans d'amélioration en longue durée et détermination d'indicateurs de suivi pour le programme de prévention des chutes;
- Comité d'amélioration des processus en longue durée : reprise des travaux après un an d'inactivité;
- Poursuite de la démarche du code de civilité visant l'amélioration du climat de travail et la diminution de l'absentéisme;
- Maintien des compétences du personnel : formation portant sur la dysphagie, le plan thérapeutique infirmier, l'outil d'évaluation multiclientèle, les soins de plaie, le plan

d'urgence, la démence, la gestion des conflits, la prévention des infections, colloque en loisirs, intervention psychosociale en situation d'urgence;

- Orientation des nouveaux préposés aux bénéficiaires : élaboration d'une procédure interne d'accueil et d'orientation, bonification du formulaire déjà existant;
- Développement de moyens permettant de maximiser la philosophie et l'approche « Milieu de vie »: déjeuner « spécial » offert aux résidants, réalisation d'une conférence portant sur l'accompagnement en fin de vie, réaménagement et amélioration d'un petit salon, révision des procédures de sélection et d'encadrement des bénévoles et formation sur la confidentialité offerte aux bénévoles oeuvrant au centre d'hébergement;
- Bonification du partenariat CH-CLSC-Centre d'hébergement de Métabetchouan-Lac-à-la-Croix concernant les lits posthospitaliers : évaluation des profils ISO-SMAF de la clientèle régulière et suivis hebdomadaires des plans d'intervention CLSC/lits posthospitaliers, élaboration et distribution d'un questionnaire de satisfaction de la clientèle.

Statistiques complémentaires

Lits posthospitaliers (orientation des usagers)	2009-2010
Retour au domicile	46
Ressource intermédiaire	3
Admission en longue durée	13
Admission en courte durée	7
Autres	1
Total	**70**
Durée moyenne de séjour	38.9

3.2.8.2 Centre d'hébergement Le normandie

Le Centre d'hébergement Le normandie dispose de 34 lits d'hébergement permanent et d'un lit d'hébergement temporaire pour remplir sa double vocation de milieu de vie substitut et milieu de soins. On y retrouve également, un centre d'activités de jour pour la clientèle externe et une unité séparée accueillant 12 usagers en santé mentale.

On compte 56 employés à ce centre.

Principales réalisations

- Maintien des compétences du personnel : formation AGIR, formation PDSB, RSIPA, dysphagie, hygiène des mains, AOR, PTI, suivi de plaie et pandémie;
- Installation d'une porte automatique au rez-de-chaussée;
- Réfection du plancher au 1er étage;
- Développement durable : création du comité « les gens proactifs »;
- Création de 9 plans d'action d'amélioration qualité de soins;
- Amélioration de 2 chambres et réfection d'une salle de bain;
- Remise à neuf de la chambre de fin de vie;
- Amélioration de la cour extérieure pour obtenir un milieu de vie.

3.2.8.3 Centre d'hébergement Isidore-Gauthier

Le Centre d'hébergement Isidore-Gauthier dispose de 34 lits d'hébergement permanent et d'un lit d'hébergement temporaire. On y retrouve également un centre d'activités de jour pour la clientèle externe.

Quelque 37 employés y travaillent.

Principales réalisations

- Maintien des compétences du personnel : Formation AGIR, formation PDSB, RSIPA, dysphagie, hygiène des mains, AOR, PTI, suivi de plaie;
- Développement durable, les gens proactifs;
- Création de 9 plans d'action d'amélioration qualité de soins.

3.3 Rapport d'activité de la Direction des services professionnels et hospitaliers

3.3.1 Présentation de la direction

La Direction des services professionnels et hospitaliers du CSSS de Lac-Saint-Jean-Est est sous la responsabilité du Dr Guy Verreault. Cette direction regroupe les services suivants :

- Accueil – admission
- Archives
- Bloc opératoire
- Brancardage
- Chirurgie d'un jour
- Endoscopie
- Électrophysiologie
- Imagerie médicale
- Laboratoire de biologie médicale
- Pharmacie
- Soins intensifs
- Stérilisation
- Téléphonie
- Unité de chirurgie
- Unité de médecine familiale
- Urgence
- Gestion documentaire du CLSC
- Technologie de l'information

Elle regroupe 9 gestionnaires et près de 320 employés y travaillent. Le CSSS compte également 73 médecins et 5 pharmaciens, tous membres actifs du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) qui sont regroupés sous les départements suivants :

- Anesthésie-réanimation
- Biologie médicale
- Chirurgie
- Imagerie médicale
- Médecine
- Services d'urgence
- Médecine générale
- Obstétrique et gynécologie
- Pédiatrie
- Pharmacie
- Psychiatrie
- Soins critiques

Chacun des départements est encadré par un chef de département nommé suivant les modalités prévues aux règlements du CMDP et aux dispositions de la Loi sur les services de santé et des services sociaux. Ce dernier est sous l'autorité du directeur des services professionnels et du CMDP, eu égard aux responsabilités en cause.

Principales réalisations

- Signature d'une entente avec le CSSS de Jonquière pour un partenariat en anesthésie;
- Planification triennale du remplacement des équipements médicaux;
- Préparation des demandes de développement de services médicaux;
- Mise en place du plan d'action suite à la visite de l'Agrément du service des laboratoires;
- Recrutement médical actif en psychiatrie, orthopédie, pédiatrie, anesthésie et omnipratique;
- Arrivée d'un ophtalmologiste;
- Arrivée d'une omnipraticienne;
- Participation à divers comités externes;
- Évaluation de l'ensemble des dossiers pathologiques en cancer du sein selon le programme provincial.

3.3.2 Imagerie médicale

Principales réalisations

- Agrément en mammographie obtenu pour la période de septembre 2009 à septembre 2012;
- Mise en place d'un comité de la sécurité en imagerie médicale dans le cadre du processus d'Agrément Canada;
- Achat et mise en production d'une antenne pour les poignets en résonance magnétique;
- Achat d'un appareil d'échographie obstétricale;
- Développement d'un service en échographie obstétricale : les échographies de grossesse sont réalisées par une technologue en imagerie médicale spécialisée, conjointement avec les gynécologues;
- Rehaussement de la salle de stéréotaxie (pour les biopsies mammaires);
- Appel d'offres pour l'acquisition d'un appareil de biopsie mammaire macroscopique par aspiration;
- Consolidation de l'équipe de technologues par l'orientation et l'embauche de technologues en imagerie médicale;
- Respect des délais d'attente selon les règles ministérielles;
- Respect des délais d'attente du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (maximum 1 mois d'attente).

3.3.3 Électrophysiologie

Principales réalisations

- Implantation du système « radimage » pour la gestion des dossiers d'électrophysiologie;
- Numérisation des électrocardiogrammes;
- Réaménagement des locaux.

3.3.4 Unité de médecine familiale

Principales réalisations

Depuis l'acquisition de son autonomie en 2008, l'Unité de médecine familiale (UMF) a atteint son rythme de croisière et demeure une unité d'avant-garde.

- Nous avons accueilli 15 externes pour des stages d'une durée d'un ou deux mois;
- En juin 2009, 6 résidents(1) ont débuté leur résidence à Alma et 6 résidents(2) ont poursuivi et terminé leur résidence à Alma. En janvier 2010, un résident(1) supplémentaire a été accueilli;
- Amélioration de l'intégration du système « DPI laboratoire » afin que les résultats de laboratoire entrent directement à l'ordinateur dans le dossier informatisé du patient;
- Acquisition d'un dermatoscope permettant un meilleur diagnostic des cas de dermatologie;
- Implication de médecins superviseurs : 27 omnipraticiens et de 14 spécialistes.

3.3.5 Pharmacie

Principales réalisations

- Implantation du système de numérisation (module Numerix) des photos reliées aux préparations stériles et oncologiques;
- Construction du nouveau SCAS;
- Mise à jour des politiques et procédures selon le plus haut standard de qualité et sécurité : norme USP 797;
- Achat de nouvelles hottes : 2 hottes à flux laminaire pour les préparations parentérales et 1 hotte de chimiothérapie 2 BII;
- Achat de 2 armoires ventilées pour les produits dangereux (ex. antinéoplasiques);
- Achat de réfrigérateurs et congélateurs pour s'assurer d'un bon entreposage des produits (respect de la chaîne de froid);
- Certification de compétence pour les préparations stériles et oncologiques selon la norme USP 797 pour tout le personnel technique et professionnel.

3.3.6 Laboratoire de biologie médicale et stérilisation

Principales réalisations

- Reprise de certains tests de pathologie liés au traitement du cancer du sein. Les personnes touchées ont été jointes et les tests de pathologie qui répondaient aux critères de reprise établis par les experts ont été acheminés au laboratoire désigné;
- Augmentation importante des activités pour le personnel de la microbiologie pour répondre aux besoins engendrés par la pandémie;
- Augmentation importante des activités afin de répondre à l'éclosion de SARM;
- Embauche de 3 technologistes médicaux et 2 préposés en stérilisation;
- Adaptation d'une formation en pharmacologie d'une durée de 45 heures afin d'effectuer le test à la sueur et répondre aux nouvelles normes de l'ordre des technologistes médicaux;
- Évaluation des différentes procédures de sécurité transfusionnelle et dépôt d'un rapport préliminaire;
- Audition des requêtes cytologiques gynécologiques et non gynécologiques dans un processus d'amélioration de la qualité;
- Évaluation du temps d'attente pour le centre de prélèvement dans le but de répondre aux normes ministérielles. Le temps de réponse est en moyenne de 27 minutes alors que la norme est de 60 minutes;
- Participation aux travaux régionaux pour le remplacement du système d'information des laboratoires.

3.3.7 Urgence

Principales réalisations

- Achat d'un nouvel appareil pour *fast écho*;
- Déploiement des mesures pour la pandémie;
- Mise en place du comité clinico administratif;
- Plan d'action afin de répondre aux demandes d'Agrément Canada;
- Préparation de la formation pour la nouvelle version Stat Urgence;
- Suivi du rapport CIM en collaboration avec l'équipe médicale et le personnel;
- Implantation du plan thérapeutique infirmier.

3.3.8 Soins intensifs

Principales réalisations

- Arrimage du réseau avec le RUIS Laval pour la disponibilité des lits de soins intensifs;
- Implantation du plan thérapeutique infirmier.

3.3.9 Bloc opératoire

Principales réalisations

- Rencontre à 4 reprises du comité du bloc opératoire;
- Présentation au comité du bloc opératoire du dossier performance en lien avec la gestion coût par cas;
- Achat d'équipements :
  - Appareil à bronchoscopie haute définition et début du renouvellement de la flotte de colonoscopes et gastroscopes également haute définition;
  - Remplacement de la tour de travail haute définition en urologie, ce qui nous a permis d'éliminer le trempage dans le produit cidex opa (toxique);
  - Acquisition du matériel de travail haute définition en gynécologie;
  - Acquisition d'un phaco pour l'ophtalmologie;
  - Remplacement de 2 tours à anesthésie, 4 moniteurs et analyseurs de gaz;
- Poursuite du projet de relève :
  - Trois nouvelles personnes ont été formées et travaillent au bloc opératoire;
  - Deux nouvelles personnes sont passées dans le groupe expert.

3.3.10 Chirurgie et chirurgie d'un jour

Principales réalisations

- Réorganisation du travail :
  - Description de tâches revue et corrigée;
  - Fermeture de 4 lits;
  - Implantation d'un nouveau mode de distribution de soins;
  - Réaménagement et réallocation des heures de travail des préposés aux bénéficiaires;
  - Conception et réalisation de 2 chambres modèles;
  - Rénovation de 2 autres chambres;
  - Traitement des irritants physiques sur le département de chirurgie;
- Implantation du plan thérapeutique infirmier et élaboration de plans types;
- Sondage satisfaction de la clientèle;
- Révision complète du programme d'orientation du personnel clinique;
- Démarche de consolidation d'équipe en chirurgie d'un jour avec la collaboration de la DRHC.

3.3.11 Archives

Principales réalisations

- Appariement massif de notre index patient/maître avec la RAMQ de novembre 2008 à fin avril 2010;
- Implantation du logiciel en traumatologie (SIRTQ) et formation du personnel;
- Implantation du nouveau logiciel « Imascript » et formation du personnel;
- Création d'un poste de 3 jours par semaine à la suite d'une augmentation du volume des activités;
- Élaboration d'un calendrier de conservation en collaboration avec la chargée de projet de la gestion documentaire de l'établissement;
- L'instauration d'un processus continu d'épuration systématique en vue de l'implantation d'un dossier clinique informatisé (DCI).

3.3.12 Téléphonie

Principales réalisations

- Élaboration d'un plan de relève en cas de panne du système téléphonique;
- Élaboration d'une procédure téléphonique adaptée au CLSC pour les codes de couleur (codes d'urgence);
- Analyse de besoins en vue de livrer le contenu technique requis pour la publication d'un appel d'offres en 2010-2011 et identification des besoins d'affaires du CSSS.

3.3.13 Admission

Principales réalisations

- Réorganisation du travail du personnel de secrétariat et formation en raison de l'implantation du logiciel pour l'urgence « Staturge »;
- Mise en place de mécanismes de contrôle de validation de données;
- Instauration d'une chronique sur la confidentialité pour le journal L'acCSSSent;
- Élaboration d'une procédure pour les demandes de dossiers sur les étages afin d'assurer la confidentialité;
- Inventaire des formulaires cliniques de l'hôpital et du CLSC;
- Procédure d'implantation d'un formulaire réalisé, permettant de valider et contrôler le contenu du dossier, en conformité avec les normes du ministère, en vue de l'arrivée du DCI;
- Collaboration d'une archiviste au projet de recherche du CHU Sainte-Justine pour la qualité des soins, gestion du risque obstétrical et du mode d'accouchement du Québec (QUARISMA);
- Mise en place d'un système d'inventaire des chaises roulantes en collaboration avec le brancardage et les agents de sécurité en vue du projet de géolocalisation.

3.3.14 Dossier clinique informatisé (DCI)

Principales réalisations

- Coordination du comité directeur régional en vue d'un consensus pour le choix du DCI régional;
- Organisation d'une journée régionale tenue le 12 juin 2009 ayant pour thème : L'informatisation du dossier clinique Saguenay – Lac-Saint-Jean;
- Organisation de visites exploratoires de DCI en fonction (« Cristal-net » et « Oacis »);
- Choix unanime pour le DCI « OACIS » lors du comité directeur tenu le 5 novembre 2009

3.3.15 SAAQ : Programme de prise en charge rapide des accidentés de la route

Principales réalisations

- Gestion de l'entente SAAQ;
- Suivi mensuel des statistiques et de la facturation;
- Une baisse importante de clients, soit 34,1 % depuis 1 an et de 45,6 % depuis 2 ans, est observable. Cette diminution se compare à celle de la clientèle de traumatisés régionale.

3.3.16 Informatique

Principales réalisations

- Implantation des systèmes suivants :
  - Poursuite de l'implantation de l'index patient/maître;
  - Système de ressources humaines et rémunération (Expresso paie/GRH);
  - Interface entre SIMASS et OPÉRA;
- Rehaussement de nombreux systèmes:
  - Magic (nouveau serveur et version)
  - Antivirus v10;
  - Medicheld version citrix;
  - Lotus Notes;
  - Accès CHSLD, OPERA;
- Remplacement d'une centaine de postes informatiques dans le cadre du programme de maintien des actifs informationnels;
- Implantation du projet RSIPA;
- Implantation du système WebSpy permettant la surveillance des accès Internet sur tous les postes du CSSS;
- Implantation du système GAMO permettant le suivi des activités de maintenance et de réparation des équipements;
- Implantation du système « radimage » pour la gestion des dossiers d'électrophysiologie;
- Préparatif et migration pour le passage du RTSS au RITIM (nouvelle structure au niveau du réseau de la santé);
- Implantation du système informatique dans le centre non traditionnel en cas de pandémie;
- Préparation d'un site de relève pour sécuriser l'ensemble des activités critiques du technocentre régional;
- Poursuite des activités en lien avec la sécurité des actifs informationnels et acceptation du plan directeur en sécurité des actifs informationnels par le conseil d'administration.

Statistiques complémentaires

Services	2008-2009	2009-2010
Courte durée		
Nombre d'admissions	6160	⬇5853
Urgence		
Nombre d'admissions	27 838	⬇27 686
Activité chirurgicale		
Chirurgie d'un jour	2691	⬆ 2763
Chirurgie d'hospitalisation	1578	⬆ 1586
Externe	1579	⬇1539
Pharmacie		
Ordonnances traitées	160 311	⬇159 644
Pharmacocinétique (nombre patients)	285	⬇260
Hyperalimentation (nombre patients)	20	⬇17
DUAIC (nombre total de doses prérarées)	82 853	⬆131 820
Thrombophlébite profonde (nombre patients)	55	⬇51
Oncologie (heures pharmacien)	1885	1885
Unité de médecine familiale		
Nombre d'usagers différents	3708	⬆3779
Nombre de visites	1613	⬇1517

3.4 Rapport d'activité de la Direction des services administratifs

3.4.1 Présentation de la direction

Sous la direction de M^{me} Thérèse Marcotte, la mission de la Direction des services administratifs est responsable d'administrer et de coordonner les secteurs d'activités suivants :

- Comptabilité
- Approvisionnement
- Gestion de l'information et de la
- performance clinico administrative
- Buanderie, hygiène et salubrité
- Services techniques

Quelque 5 gestionnaires y travaillent ainsi que 112 employés.

Principales réalisations

- Acceptation de la phase conception du projet d'agrandissement et de réaménagement de l'urgence et des cliniques externes;
- Préparation du calendrier de conservation et dépôt à la Bibliothèque et Archives nationales du Québec pour acceptation;
- Suivi de la performance.

3.4.2 Comptabilité, approvisionnement et messagerie

Ce secteur compte 18 employés.

Principales réalisations

- Implantation du cadre de gestion du MSSS pour les immobilisations;
  - Parc d'équipement médical : inventaire des équipements médicaux de 100 000 $ et plus;
  - Parc d'équipement non médical et mobilier;
  - Maintien des actifs immobiliers et inventaire immobilier;
- Préparation et implantation de la politique de capitalisation des immobilisations en lien avec la comptabilité et l'approvisionnement;
- Préparation du plan de conservation et de fonctionnalités immobilières (PCFI);
- Coordination de l'entente de gestion et d'imputabilité en lien avec l'Agence, les gestionnaires et la direction;
- Intégration des données financières au projet « coût par activité »;
- Poursuite de la mise en application des recommandations du vérificateur général concernant l'approvisionnement.

3.4.3 Services techniques

Ce service assure l'entretien et le fonctionnement des installations matérielles ainsi que le service de sécurité. L'équipe des installations matérielles est composée de 17 personnes alors que celle de la sécurité compte 12 employés.

Principales réalisations

Hôpital d'Alma :

- Réaménagement de la pharmacie incluant notamment 2 chambres blanches et la climatisation/ventilation de l'aile A-Sud au rez-de-chaussée;
- Aménagement d'une chambre de 2 lits au centre de débordement;
- Réaménagement de 3 chambres doubles à l'unité de chirurgie;
- Réalisation de certaines mesures d'économie d'énergie de notre étude régionale;
- Réaménagement des locaux de la Direction des services administratifs et exécution des plans et devis de l'agrandissement de la salle des serveurs au pavillon Alfred-Villeneuve;
- Installation d'un système d'appel d'urgence à l'Unité de médecine familiale;
- Exécution des plans et devis pour le nouveau stationnement P7;
- Mise aux normes du système d'appel général d'incendie;
- Révision et approbation du programme fonctionnel et technique de l'agrandissement de l'urgence et de cliniques externes.

Centre d'hébergement Le normandie :

- Réaménagement d'une salle de bain adaptée;
- Rénovation du rez-de-chaussée de l'établissement.

Centre d'hébergement Métabetchouan-Lac-à-la-Croix :

- Réaménagement d'une chambre réfrigérée;
- Réaménagement de la chambre des familles;
- Mesures de résistance au feu (porte, etc.);
- Rénovation de la salle du 3^{e} étage.

Tous les centres d'hébergement ont fait l'objet de projets visant l'économie d'énergie.

3.4.5 Services d'hygiène et de salubrité

Le rôle du Service d'hygiène et de salubrité est de préserver un environnement propre en limitant les zones de transmission des agents infectieux sur les surfaces inanimées de l'environnement et de maintenir l'intégrité des surfaces. Le rôle du service de la buanderie est d'assurer l'entretien et la disponibilité en qualité et quantité suffisante de la literie, des uniformes et des vêtements utilisés pour la dispensation des soins et services de l'établissement.

Principales réalisations

- Protocole d'entente avec Ambulance Médilac;
- Confection de poches de lingerie lavables, linges et vadrouilles d'entretien;
- Tableaux statistiques pour faire la collecte de données de linge lavé et de déchets biomédicaux;
- Formation de 3 préposés en hygiène et salubrité pour répondre aux nouvelles normes d'entretien de l'aire générale de préparations stériles de la pharmacie;
- Achat d'îlots de tri chez le groupe CFER afin de maximiser le recyclage multimatières sur les différents départements;
- Tableaux d'entretien pour différents secteurs de l'hôpital (pharmacie et bloc opératoire);
- Achat de matelas préventifs et curatifs pour éviter que les usagers développent des plaies de lit.

Statistiques

	2008-2009	2009-2010
Kilogramme de linge lavé	759 000	⬆784 000
Collecte DBMI	30 255	⬆31 193

3.4.6 Coordination de la gestion de l'information et de la performance clinico administrative

Ce secteur compte une gestionnaire et une employée. Celles-ci assurent une bonne gestion de l'information et de la performance clinico administrative ainsi que du suivi des indicateurs transmis au conseil d'administration. La gestionnaire a également la charge de l'application des procédures liées aux déplacements des usagers à l'entente de prise en charge rapide des accidentés de la SAAQ. De plus, la gestionnaire a également coordonné la démarche exploratoire régionale de la mise en place du dossier clinique informatisé.

Principales réalisations

- Gestion de l'information et de la performance clinico administrative;
- Élaboration d'un calendrier de conservation;
- Production périodique d'un tableau de bord;
- Coordination des comités d'amélioration continue en gestion de l'information;
- Intégration de divers systèmes d'information (I-CLSC, Pharmacie, Médi-Visit, Imagerie médicale) ainsi que les données financières à MAGIC;
- Validation des données de tous les systèmes d'information intégrés à MAGIC;
- Structuration, démarrage et coordination du comité de pertinence et d'efficience;
- Gestion des indicateurs pandémie (RQSUCH);
- Dossier clinique informatisé;
  - Coordination du comité directeur régional;
  - Organisation des visites exploratoires pour le choix du DCI.

Statistiques

NOMBRE DE DÉPLACEMENTS ENTRE ÉTABLISSEMENTS	2008-2009	2009-2010
Déplacements entre établissements	2 144	⬇1 830
Déplacements 65 ans et plus	1 752	⬆1 789
Déplacements ÉVAQ	19	⬆23
Déplacements cas électifs	258	⬆298

3.5 Rapport d'activité de la Direction des ressources humaines et communications

3.5.1 Présentation de la direction

L'équipe de la Direction des ressources humaines et communications (DRHC), sous la direction de M. Danny Côté, s'acquitte des tâches suivantes :

- Le développement organisationnel;
- le développement des ressources humaines et la formation;
- les relations de travail;
- La planification de la main-d'œuvre et la dotation;
- Les avantages sociaux, la rémunération et la gestion des activités de remplacement;
- La santé et sécurité au travail.

La direction emploie quelque 18 personnes auxquelles s'ajoute une personne responsable du programme de thérapie brève.

Au cours de la dernière année, la Direction a défini son plan d'organisation, basé sur les assises suivantes :

Une vision : ***« Contribuer à être un employeur de choix »***

Des valeurs : ***Respect – Collaboration – Intégrité – Reconnaissance – Plaisir***

Des principes :

- La personne est au centre de nos préoccupations;
- Communication constante et recherche d'autonomie;
- Interventions transparentes et discrétion;
- Flexibilité, esprit d'équipe, dynamisme et positivisme.

Un employeur de choix !
DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET COMMUNICATIONS

Principales réalisations

- Implantation du logiciel Espresso GRH/Paie : l'organisation a procédé à un virage majeur en implantant un nouveau logiciel de gestion des ressources humaines. En effet, un travail colossal a mobilisé le service informatique, la liste de rappel, la dotation, la rémunération, les finances ainsi que les gestionnaires pour réaliser ce grand virage technologique qui permet une gestion totalement informatisée des activités reliées au service de la rémunération;
- Pandémie : organisation de séance d'information, organisation du programme de formation sur la pandémie et recrutement de ressources alternatives (personnel retraité, bénévoles, stagiaires...);
- Heure RH : implantation, sous l'appellation Heure RH, de sessions de formation à l'intention des gestionnaires qui visent à uniformiser les pratiques de gestion dans l'organisation.

Pratiques de gestion des ressources humaines

Développement organisationnel : le développement organisationnel fait référence au développement des équipes et des personnes, soit à l'amélioration de l'efficacité de l'organisation par un soutien en matière d'organisation du travail, de gestion du changement organisationnel, de civilité au travail ou tout autre projet spécial.

- Activité de reconnaissance : organisation de l'activité des 25 ans et retraités;
- Appréciation de la contribution du personnel : en réponse à la recommandation émise par Agrément Canada, les travaux enclenchés par un comité paritaire en 2008 se sont concrétisés par l'adoption de la Politique sur l'appréciation de la contribution du personnel;
- Comités paritaires : au plan de support à l'organisation du travail, différents comités paritaires ont été mis sur pied pour analyser certaines situations dans les centres d'activités suivants : chirurgie, services alternatifs, périnatalité, service régional Info-Santé et urgence;
- Équipe « Swat team » : cette équipe d'intervention a été créée afin d'intervenir de façon préventive sur la santé au travail, que ce soit au niveau de la sécurité, de la santé psychologique, de la présence au travail ou de la gestion de conflits;
- Prévention et traitement du harcèlement de la violence et de la civilité : formations offertes aux gestionnaires sur la civilité et support en gestion de conflits. Cette année, seulement 5 plaintes ont fait l'objet d'une enquête.

- Développement des ressources humaines et formation

  L'automne 2009 a principalement été marqué par la mise en place du *Programme de formation sur la pandémie* destiné à l'ensemble du personnel. Par ailleurs, les comités de développement des ressources humaines de chacun des syndicats se sont rencontrés de façon régulière en cours d'année afin de structurer la gestion de la formation dans l'établissement et d'analyser les besoins de formation de façon paritaire.

- Relations de travail

  La Direction des ressources humaines et communications a su garder des relations harmonieuses et un climat de travail respectable, plus particulièrement pendant la période de la pandémie, et ce, grâce à la collaboration des syndicats. Par ailleurs, l'adaptation des conventions collectives a été révisée lors de l'implantation du nouveau logiciel Espresso GRH/Paie, tant au niveau des relations de travail que de la liste de rappel et de la rémunération.

- Planification de la main-d'œuvre et dotation

  Un nombre sans cesse croissant de processus de dotation sont réalisés chaque année afin de palier le nombre de départs à la retraite, d'absences longue durée, de congés maternité ou autre.

Arrivées et départs des employés entre le 1er avril 2009 et le 31 mars 2010		
- **Embauches**	=	**175**
- **Réembauches**	=	**31**
- **Retraites**	=	**44**
- **Départs**	=	**177**

  - Retour après entrevue : suite aux entrevues de sélection pour des postes à l'interne, une rencontre est maintenant proposée à tout employé qui en fait la demande;
  - Équipe Alma-Lac-Saint-Jean : la participation au comité ressources humaines permet de travailler de concert avec les professionnels en ressources humaines de notre MRC afin de joindre nos efforts pour le recrutement, l'attraction et la rétention du personnel dans notre région;
  - Stages en établissement : nous avons accueilli bon nombre de stagiaires en nos murs et plusieurs d'entre eux ont obtenu un emploi dans notre établissement. Un suivi d'évaluation systématique des stagiaires est actuellement en élaboration afin de les recommander pour embauche. Par ailleurs, nous avons également accueilli plusieurs stagiaires, jeunes et moins jeunes, en observation d'un jour en espérant leur faire connaître et apprécier les professions et métiers liés au secteur de la santé et des services sociaux.

Service santé du personnel

- Campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1) : 80,9 % du personnel a reçu le vaccin;
- Campagne de vaccination contre la grippe saisonnière : la campagne a débuté le 26 octobre 2009. Seulement 32,3 % des employés ont reçu ce vaccin. Cela s'explique, entre autres, par le succès de la campagne contre la grippe A(H1N1);
- Mise sur pied du sous-comité PDSB via le CPSST : ce comité, par le biais de l'adoption d'une procédure, a pour but de supporter les intervenants dans l'application des principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires, de favoriser un milieu de travail sécuritaire pour les bénéficiaires et les intervenants et finalement, de clarifier et faire connaître les rôles et responsabilités des intervenants;
- Semaine "Santé Sécurité au Travail" : cette année, les thèmes abordés lors de cette activité ont été l'ergonomie, les piqûres d'aiguille, le PDSB et la santé psychologique. Plusieurs prix ont été attribués et ce fut un succès!
- Amiante : Une formation sur l'amiante a été dispensée par l'ASSTSAS à tous les employés des installations matérielles, de l'entretien ménager et de la sécurité. De plus, la politique sur l'amiante a été révisée et mise à jour.

Statistiques

Au 31 mars 2010, le CSSS de Lac-Saint-Jean-Est comptait 1 388 employés répartis comme suit :

Installation	Femmes	Hommes
Hôpital d'Alma	723	143
CH de Métabetchouan-Lac-à-la-Croix	152	33
CH Isidore-Gauthier	36	6
CH Le normandie	55	5
CLSC	210	25
Sous-total	1176	212
Total	1388	

Répartition des groupes d'âge	Femmes	Hommes
< 25 ans	76	14
25 à 34 ans	313	36
35 à 44 ans	237	46
45 à 54 ans	412	77
55 ans et plus	138	39
Sous total	1176	212
Total	1388	

3.6 Rapport d'activité de la Direction générale

3.6.1 Présentation de la direction

Sous la direction du directeur général, M. Bertin Riverin et, depuis janvier 2010 de M. Bernard Côté à titre de directeur général intérimaire, la Direction générale de l'établissement est composée de l'adjointe au directeur général, la coordonnatrice à la planification stratégique et aux relations avec la communauté et du Service de pastorale. En plus de coordonner la gestion de l'ensemble des activités de l'établissement, les processus de planification stratégique, la gestion des relations publiques et les communications avec les partenaires, elle veille également à la gestion de la qualité des soins et services dans une perspective d'amélioration continue de la qualité. De plus, le directeur général s'assure de l'atteinte des objectifs soumis par le conseil d'administration dont l'équilibre budgétaire fait partie.

Principaux services

3.6.2 Adjointe au directeur général

L'adjointe au directeur général est responsable de l'ensemble des activités d'expertise en matière de gestion globale de la qualité, de la gestion des risques et du processus d'agrément ainsi que la sécurité des actifs informationnels. Elle est responsable de la gestion du budget et du bureau de la direction générale. Elle siège aux comités suivants : comité de direction, comité de la gestion des risques et de la qualité, comité de la vigilance et de la qualité des services, comité de prévention et contrôle des infections, comité des actifs informationnels, comité de la table intersectorielle des communautés, conseil d'administration de la corporation Le pionnier et au conseil multidisciplinaire.

Principales réalisations

- Dans le cadre du nouveau programme QMentum, l'année 2009-2010 a été marquée par la visite d'Agrément Canada du 31 mai au 4 juin 2009. Un rapport a été produit afin de fournir des preuves complémentaires. L'accréditation décernée pour notre organisation est l'agrément avec condition pour une période de 3 ans. Ce processus d'amélioration continue de la qualité est reconnu grâce à l'effort quotidien, au professionnalisme du personnel et à la volonté des administrateurs de fournir à la population de Lac-Saint-Jean-Est des soins et des services de qualité;

- Concernant les actifs informationnels, le comité a tenu 2 rencontres régulières et 4 rencontres en comité restreint. L'application de la politique sur la sécurité des actifs informationnels a suivi son cours pour l'année 2009-2010.

3.6.3 Coordination de la planification stratégique et des relations avec la communauté

Ce service assure l'expertise professionnelle en relations publiques auprès des différentes directions, mais vise également à appuyer la Direction des ressources humaines afin de répondre aux besoins des gestionnaires de l'établissement en ce qui a trait aux communications internes. De plus, la coordonnatrice assure la promotion de l'organisaticn au sein de la communauté et le maintien de relations et de partenariats harmonieux avec les différents partenaires. Ce service assure également le suivi et la poursuite des travaux reliés à la planification stratégique, au bureau de projets, à la démarche de développement durable. Elle agit également à titre de conseillère auprès de la Direction générale et de la Direction générale adjointe dans divers dossiers.

Principales réalisations

- Coordination du volet communication du Plan de lutte à une pandémie de grippe A(H1N1) : assurer la transmission et la réponse de toutes communications provenant de l'Agence et du MSSS, assurer la réponse médiatique et la production de divers outils pour la communication interne;
- Réalisation d'un bilan de la planification stratégique 2006-2010 en collaboration avec deux consultants;
- Poursuite de la démarche de développement durable locale et implication régionale accrue (présidence de la Table régionale de développement durable et membre du comité organisateur d'un colloque).

3.6.4 Service de pastorale

Le service des soins spirituels et religieux de l'établissement a pour mission de soutenir les personnes hospitalisées, hébergées et leurs proches aux prises avec de tels questionnements, pour les aider à trouver dans leur expérience spirituelle et religieuse l'espérance et la paix. Cet accompagnement spirituel et religieux contribue soit au processus de guérison, soit au mieux-être global de la personne, et ce, dans une perspective holistique. Cela est aussi valable pour le personnel de l'établissement régulièrement confronté à des situations tristes et dramatiques. C'est un service qui touche à des dimensions non visées par l'activité professionnelle des autres catégories de personne.

Principales réalisations

- À l'Hôpital d'Alma, plus de 5500 visites ont été effectuées auprès des usagers, 1227 au CH de Métabetchouan-Lac-à-la-Croix, 244 visites à SOLICAN;
- 212 sacrements des malades ont été donnés à l'Hôpital, et plus de 400 autres dans les 3 centres d'hébergement;
- Plus de 45 000 communions sont distribuées dans l'année, dont 16 000 pour l'Hôpital;
- L'apport complémentaire de nos bénévoles du service des soins spirituels et religieux est indispensable et joue un rôle primordial dans la qualité et la réalisation de nos services, d'où l'importance accordée à leur formation;
- La journée mondiale des malades, le 11 février, demeure un moment fort pour sensibiliser le milieu aux besoins du malade et de ses proches;
- Le travail en équipe multidisciplinaire demeure fort important (gériatrie, oncologie, soins palliatifs et éthique).

SECTION 4 : Rapport de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et conformément aux articles 76.10 et 76.11, la commissaire locale transmet au conseil d'administration, un rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers, de même que le respect de leurs droits.

Principales réalisations

Nombre de plaintes, demandes de consultation, d'intervention et d'assistance

	2008 - 2009	2009-2010
Plaintes	118	⬆120
Plaintes médicales	8	⬆15
Interventions	60	⬇44
Consultations	19	⬆31
Assistances	13	⬆18
Total	**218**	**⬆228**

Le tableau spécifie que 135 plaintes ont été conclues en 2009-2010, dont 120 plaintes traitées par la commissaire locale et 15 plaintes traitées par les trois médecins examinateurs. Le nombre de plaintes analysées par la commissaire est sensiblement le même que l'année précédente. Une augmentation de 53 % du nombre de plaintes médicales est observée comparativement à l'année précédente.

Une diminution du nombre de dossiers d'intervention est remarquée par rapport à l'année précédente tandis qu'une augmentation des demandes de consultation et d'assistance est observée comparativement aux années précédentes. Cette augmentation est reliée probablement au fait que le mécanisme des plaintes est mieux connu. La majorité des plaintes (86 %) a été traitée dans le délai attendu, soit moins de 45 jours. Ce délai (86 %) est sensiblement le même que l'an dernier (90 %).

Principaux motifs de plaintes

Motifs	Plaintes 2008-2009	Plaintes 2009-2010
Accessibilité	21	⬆35
Soins et services dispensés	28	⬆50
Relations interpersonnelles	19	⬆36
Organisation du milieu, ressources matérielles	20	⬆52
Aspect financier	19	⬆30
Droits particuliers	12	⬆25
Autres	0	⬆1
Total :	119	**⬆219**

* Un dossier peut comporter plus d'un motif de plainte

SECTION 5 : Rapport de développement durable

L'année dernière, pour la première fois, nous vous faisions mention de notre implication à l'élaboration d'une démarche respectueuse du concept de développement durable. Nous affirmons à nouveau, cette année, notre désir de poursuivre dans cette direction, avec la mise en place de nouvelles actions. Voici notre rapport de responsabilité sociale et environnementale.

5.1 Organisation et coordination de la démarche

Créé en 2007, le Comité de développement durable du CSSS de Lac-St-Jean-Est est composé d'une vingtaine d'individus. Le comité a pour objectif d'intégrer les aspects environnemental, social et économique dans l'élaboration de nouveaux projets et de nouvelles mesures, et ce, afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle actuelle et de renouveler cet engagement pour les générations futures.

Chapeauté par une conseillère en développement durable provenant du Centre québécois de développement durable, le comité souhaite soutenir une approche préventive des défis environnementaux et nous jugeons que cette introduction du développement durable dans notre démarche est essentielle afin de développer des mesures respectueuses de l'environnement.

Liste des membres au 31 mars 2010 :

M^me^ Marie-Karlynn Laflamme, responsable
M. Olivier Bellemare
M^me^ Véronique Beaulieu
M. Daniel Brassard
M. Rémi Bergeron
M. Yannick Cherkez
M^me^ Louise Fortin
M^me^ Odette Émond
M. Clermont Gilbert
M^me^ Isabelle Plamondon
M^me^ Christina Simard
M^me^ Josée Côté
M^me^ Sylvie Laberge
M^me^ Johanne Girard
M. Bernard Larouche
M^me^ Josée Lalancette
M^me^ Marie-Josée Simard
D^r^ Philippe Villemure
M^me^ Marie-Claude Boudreault

Principales réalisations

5.1.1 Volet environnemental

Dans un souci d'encourager une gestion efficace et respectueuse des matières résiduelles, la poursuite de l'implantation du plan de gestion des matières résiduelles a marqué l'ensemble des installations du CSSS. Pour ce faire, les actions suivantes se sont inscrites dans le cadre de la démarche.

Sensibilisation, information et implication des employés

L'importance accordée à la sensibilisation et à la divulgation de l'information aux employés est à la base d'une bonne compréhension du concept de développement durable. Grâce à la visualisation des avantages pouvant découler des nouvelles actions mises en place, les employés sont plus motivés à les intégrer, à leur tour, dans leurs pratiques quotidiennes. La mobilisation des employés et l'adhésion de tous, ainsi qu'un souci de transparence et une communication claire faisant la promotion de mode de consommation responsable, sont d'importants facteurs de réussite.

Les activités réalisées en ce sens sont :

- Communication verbale efficace pour influencer de nouveaux comportements plus responsables;
- Volonté d'intégrer des pratiques de développement durable dans les projets d'immobilisation. Le personnel et les usagers sont prêts à emboîter le pas;
- Nous avons su profiter des opportunités, comme l'agrandissement de l'urgence et du stationnement, pour évaluer l'implantation de nouvelles pratiques telles que l'ajout d'un espace de stationnement pour les vélos, un espace privilège pour le covoiturage et l'aménagement d'un espace nous permettant d'acquérir un grand conteneur à levier pour répondre à nos besoins grandissants de récupération;
- Sensibilisation des fournisseurs à notre préoccupation face au développement durable.

Réduction et réemploi

Une réduction au niveau de notre consommation a comme conséquence directe, une diminution de notre production de résidus, ce qui permet une économie au niveau des ressources allouées pour la collecte. Nous jugeons donc qu'il est de notre responsabilité sociale de réduire les impacts environnementaux de nos activités, tout en continuant d'offrir des services adaptés et de qualités à nos usagers.

Principales réalisations

- Gestion responsable des déchets : cette pratique a pour conséquence positive, une diminution de la fréquence de changement des sacs de poubelle, une diminution des déchets envoyés au site d'enfouissement et elle incite les gens à recycler davantage;
- Utilisation du courrier électronique au lieu des communications papier dans la mesure du possible;
- Impression recto-verso des documents;
- Tentative de mise en place d'une mesure visant l'abolition de la duplication des rapports de laboratoire. Par contre, la modification des façons de faire n'est pas simple, car il s'agit parfois de modifier certains procédés dont la programmation informatique se fait automatiquement ainsi que des habitudes de travail fort bien ancrées;
- Remplacement d'anciens équipements par de nouveaux moins énergivores;
- Utilisation de laveuses à linge plus écologiques à l'essai (système à l'ozone).

Recyclage et valorisation

Les impacts environnementaux, sociaux et économiques liés à l'élimination des déchets que nous produisons sont nombreux. C'est pour cette raison, que le comité a estimé important de développer et de mettre en place des moyens facilitant le recyclage et la valorisation des matières résiduelles produites dans les installations.

- Utilisation de papier de toilette et de papier à main faits de matières recyclées;
- Bacs de récupération installés à plusieurs endroits, et ce, dans toutes les installations;
- Achat de déchiqueteuses afin de recycler les documents confidentiels.

AUTRES INITIATIVES

Le développement durable regroupe un grand nombre de principes s'appliquant à pratiquement toutes les sphères de notre vie. Plusieurs actions n'appartenant pas aux catégories mentionnées précédemment ont aussi été réalisées.

- Achat de café équitable; bien que le coût de ce café soit plus élevé, il est tout de même accepté par les utilisateurs ce qui reflète un désir de la part des employés de poser des gestes responsables en développement durable;
- Découverte d'une peinture à époxy sans odeur. Une telle peinture permet une utilisation plus saine pour le travailleur et une utilisation plus facile dans des secteurs spécifiques. Bien que son coût soit plus élevé, son choix est économique étant donné l'élimination des mesures de sécurité à utiliser avec la version traditionnelle;
- Au niveau des approvisionnements, nous tenons compte de la clause 17, qui permet un écart favorable de 10 % dans les appels d'offres;
- Implantation d'un logiciel informatique pour la paie *Expresso-paie* qui facilitera grandement la gestion des ressources humaines en plus d'éliminer les relevés de paie en version papier;
- Mise à jour du plan directeur du développement durable (écoefficacité) de l'établissement;
- Mise en œuvre des recommandations du plan d'économie d'énergie déposé par *Cegertec* en 2006. Le plan d'implantation s'échelonne jusqu'en 2012;
- Bâtonnets à café remplacés par des linguines;
- Utilisation de produits nettoyants, de décapants et de cires à plancher plus écologiques;
- Vente de napperons en tissus;
- Utilisation de serviettes de table en matière non blanchie;
- Utilisation de lingettes en microfibres, confection de poches de lingerie lavables;
- Photocopies faites en mode recto-verso, la réduction de papier est importante surtout dans des centres de services comme la Centrale Info-Santé /Info-Social, où le volume d'impression est très important;
- Utilisation de vaisselle réutilisable par le personnel.

5.1.2 Volet social

À tous les jours, plus de 1400 employés s'assurent d'offrir des services de qualités à tous les individus fréquentant nos installations, et ce, tout en respectant les particularités propres à chacun. La reconnaissance de leur bon travail est essentielle. Une collaboration quotidienne, le partage du savoir-faire et l'échange d'information entre nos employés sont à la base de la qualité des services rendus dans nos établissements. La satisfaction et le bonheur des employés dans leur milieu de travail sont donc essentiels au maintien de la qualité des services rendus. C'est pourquoi le Comité de développement durable a jugé important d'inclure dans son plan d'action des mesures leur permettant de se sentir bien et appréciés dans leur milieu de travail.

Principales réalisations

- Intégration de l'horaire de 12 heures au Service régional Info-Santé et Info-Social;
- Travailler à améliorer le climat par le projet : «Qualité de vie au travail»;
- Capitaliser sur les avantages d'un bon climat au travail. Notamment au niveau de l'attraction et de la rétention du personnel;
- Introduction d'un volet reconnaissance du personnel, en intégrant davantage d'activités pour célébrer les succès (ex : organisation de l'évènement 5 à x, épinglettes, chocolat, ...);
- Mise en place d'un comité d'accueil pour les nouveaux employés (tournées, dépliants, etc.);
- Élaboration et réalisation de plans d'action et de programmes d'intervention élaborés en fonction des risques à la santé, de la fréquence et de la gravité des lésions professionnelles constatées et spécifiques aux différents milieux de travail;
- Santé et sécurité au travail :
  - Intégration du projet de thérapie brève à l'offre de service;
  - Élaboration d'une politique et d'une procédure PDSB;
  - Rencontres bimensuelles du comité paritaire en santé/sécurité au travail;
  - Suivi des incidents/accidents impliquant des piqûres d'aiguilles ainsi que des accidents avec et sans perte de temps.

Fiers des réalisations accomplies, les membres du Comité de développement durable souhaitent continuer à s'investir en tant qu'agents multiplicateurs de la philosophie du développement durable, et ce, en étant créatifs, en restant à l'affût et en proposant des actions qui constitueront des leviers mobilisateurs.

L'adhésion de tous est nécessaire afin que notre établissement devienne un CSSS modèle, un phare et une référence en développement durable pour notre région. Afin que le projet perdure et grandisse, nous souhaitons que nos actions soient vues comme des investissements et non comme des dépenses.

Nous aspirons à ce que notre CSSS soit un établissement offrant un milieu de vie agréable axé sur l'humain, offrant des soins et services de grande qualité dans un environnement de travail sain en harmonie avec son environnement.

RAPPORT DES VÉRIFICATEURS EXTERNES

Aux membres du conseil d'administration du
CSSS de Lac-Saint-Jean-Est

Nous avons vérifié les états financiers, renseignements complémentaires, données et annexes énumérés à la table des matières du rapport financier annuel du CSSS de Lac-Saint-Jean-Est de l'exercice terminé le 31 mars 2010, lequel a été présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux, en conformité avec l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. La responsabilité de ce rapport financier annuel incombe à la direction de l'établissement. Notre responsabilité consiste, en nous fondant sur notre vérification, à exprimer une opinion sur ce rapport financier annuel et les autres éléments décrits à l'Annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux.

Notre vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que le rapport financier annuel et les autres éléments décrits à l'annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux sont exempts d'inexactitudes importantes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans le rapport financier annuel. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble du rapport financier annuel.

À notre avis,

- l'établissement s'est conformé aux dispositions de la loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses dépenses ou son volume de services ou ses activités;

- l'établissement s'est conformé aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel;

- les pratiques comptables de l'établissement sont conformes aux normes et définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux;

- les unités de mesure utilisées par l'établissement sont conformes aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux;

- les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives suivies par l'établissement, sur lesquelles nous nous appuyons dans la conception de nos procédés de vérification du rapport annuel, sont valables;

- les procédures de contrôle interne relatives aux données financières suivies par l'établissement, sur lesquelles nous nous appuyons dans la conception de nos procédés de vérification du rapport annuel, sont valables;

- l'établissement s'est conformé aux directives administratives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux et par l'Agence de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean;

- le rapport financier annuel donne, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière de l'établissement au 31 mars 2010, ainsi que de ses revenus et dépenses, de l'évolution de sa situation financière et des données financières et quantitatives de ses centres d'activités pour l'exercice terminé à cette date conformément aux normes et aux pratiques comptables reconnues dans les établissements relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le rapport financier annuel, qui n'a pas été établi et qui n'avait pas à être établi selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, est fourni uniquement à titre d'information et pour être utilisé par les administrateurs de l'établissement ainsi que par le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, afin de satisfaire à l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Le rapport financier annuel n'est pas destiné à être utilisé, et ne doit pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles il a été établi.

Mallette[1]

Mallette
SENCRL
Comptables agréés

Alma (Québec)
Le 10 juin 2010

CSSS de Lac-Saint-Jean-Est

FONDS D'EXPLOITATION - ACTIVITÉS PRINCIPALES
CHARGES BRUTES PAR CENTRE D'ACTIVITÉS
Exercice terminé le 31 mars 2010

	Exercice courant	Exercice précédent
C.L.S.C.		
Non exclusifs à un programme	7 379 576 $	7 143 679 $
Programme santé publique	1 145 049	654 971
Programme services généraux - activités cliniques et d'aide	5 159 955	4 655 313
Programme santé physique	136 500	139 572
Programme perte d'autonomie liée au vieillissement	148 250	-
Programme santé mentale	1 984 104	1 832 097
Programme jeunes en difficulté	862 552	844 603
Programme déficience physique	86 353	76 976
Programme déficience intellectuelle et TED	122 753	100 254
Administration et soutien aux services	908 464	795 249
Gestion des bâtiments et des équipements	714 305	708 168
Personnel bénéficiant de mesures de sécurité ou de stabilité d'emploi	22 953	-
	18 670 814	16 950 882
C.H.		
Non exclusifs à un programme	7 965 689	8 176 932
Programme santé publique	-	13 083
Programme services généraux - activités cliniques et d'aide	658 949	671 388
Programme santé physique	26 719 985	26 027 263
Programme santé mentale	1 665 805	1 578 388
Administration et soutien aux services	9 444 203	8 568 994
Gestion des bâtiments et des équipements	3 998 730	3 805 784
Personnel bénéficiant de mesures de sécurité ou de stabilité d'emploi	91 863	-
	50 545 224	48 841 832
C.H.S.L.D.		
Non exclusifs à un programme	1 886 489	1 477 507
Programme santé physique	46 311	106 733
Programme perte d'autonomie liée au vieillissement	10 001 318	10 283 528
Administration et soutien aux services	3 675 118	3 575 759
Gestion des bâtiments et des équipements	1 627 222	1 691 140
Personnel bénéficiant de mesures de sécurité ou de stabilité d'emploi	38 272	-
	17 274 730	17 134 667
TOTAL DES CHARGES BRUTES DES CENTRES D'ACTIVITÉS	86 490 768	82 927 381
CHARGES NON RÉPARTIES	350 953	638 406
TRANSFERT AU FONDS D'IMMOBILISATIONS	-	(300 095)
TOTAL DES CHARGES	86 841 721 $	83 265 692 $

CSSS de Lac-Saint-Jean-Est

BILANS
Au 31 mars 2010

	Fonds d'exploitation	Fonds d'immobilisations	Total
ACTIF			
ACTIF À COURT TERME			
Encaisse	5 213 474 $	600 265 $	5 813 739 $
Créances - agence	1 167 712	342 412	1 510 124
Autres créances	669 610	82 081	751 691
Créances interfonds	-	768 504	768 504
Créances - réforme comptable	6 910 059	(1 323 357)	5 586 702
Charges payées d'avance	829 068	-	829 068
Stocks	1 171 352	-	1 171 352
	15 961 275	469 905	16 431 180
IMMOBILISATIONS CORPORELLES	-	37 381 551	37 381 551
AUTRE ÉLÉMENT			
Congés à traitement différé	29 782	-	29 782
Frais reportés	-	95 057	95 057
	29 782	95 057	124 839
TOTAL DE L'ACTIF	15 991 057 $	37 946 513 $	53 937 570 $

CSSS de Lac-Saint-Jean-Est

BILANS (suite)
Au 31 mars 2010

	Fonds d'exploitation	Fonds d'immobilisations	Total
PASSIF			
PASSIF À COURT TERME			
Emprunts temporaires	- $	1 043 211 $	1 043 211 $
Créditeurs	10 299 830	1 211 506	11 511 336
Dettes interfonds	768 504	-	768 504
Autres éléments	1 140 815	344 904	1 485 719
Créditeurs - réforme comptable	7 021 949	-	7 021 949
Avances de fonds - agence	-	2 558 709	2 558 709
	19 231 098	5 158 330	24 389 428
PASSIF À LONG TERME			
Revenus reportés	-	2 600 475	2 600 475
Obligations et autres éléments	-	30 119 489	30 119 489
Autre élément - congés à traitement différé	31 030	-	31 030
	31 030	32 719 964	32 750 994
TOTAL DU PASSIF	19 262 128	37 878 294	57 140 422
SOLDES DE FONDS	(3 271 071)	68 219	(3 202 852)
TOTAL DU PASSIF ET DES SOLDES DE FONDS	15 991 057 $	37 946 513 $	53 937 570 $

Annexe 1 Fondation de l'Hôtel-Dieu d'Alma

L'année 2009 aura été déterminante pour la Fondation de l'Hôtel-Dieu d'Alma. Sur un fond de contexte économique mondial pour le moins perturbé, il nous a fallu redoubler d'ardeur pour obtenir les résultats fort positifs que nous espérions, et maintenir le cap sur l'atteinte de notre objectif ultime : clore avec succès notre campagne de 2 millions $ recueillis en trois ans. Et non seulement nous y sommes arrivés ensemble, nous avons même recueilli davantage... En effet, au terme de cette campagne 2007-2009, le 31 décembre dernier, près de 2 138 000 $ avaient été récoltés par notre organisme.

La Fondation de l'Hôtel-Dieu d'Alma a donc mené à bien ce qui s'est avéré être, à notre point de vue, le plus important défi qu'elle a eu à relever durant la dernière décennie. Ce succès, notre organisation le doit à des gens de coeur, travailleurs, solidaires et généreux composant toutes les couches de la plus remarquable des communautés : la communauté Lac-Saint-Jean-Est. Portons donc un regard sur les douze derniers mois. L'année 2009 fut riche en action et le théâtre de divers événements. Que dire d'abord de la campagne population, menée à tous les printemps par notre organisme, par le biais de l'enveloppe « Opération porte-à-porte » distribuée dans tous les foyers de Lac-Saint-Jean-Est. Cette campagne a connu tout le succès espéré en 2009, avec une moyenne des dons se situant à plus de 42 $. En trois ans, cette campagne printanière aura généré à elle seule des revenus de plus de 323 000 $ et fut d'ailleurs l'un des nombreux éléments ayant largement contribué au succès financier de cette levée de fonds à la hauteur de nos ambitions à tous.

Que dire aussi de notre « Loto-Évasion». On se rappellera qu'en décembre 2007, la Fondation de l'Hôtel-Dieu d'Alma demandait sa première licence de tirage à la Régie des alcools, des courses et des jeux du Québec, afin d'instaurer la « Loto-Évasion». Destinée aux employés, retraités, bénévoles et membres du CMDP de notre établissement de santé, cette loterie consiste en l'attribution de douze crédits voyage, dont la valeur globale atteint maintenant 39 000 $. Grâce à cette loterie en 2009, la Fondation de l'Hôtel-Dieu d'Alma a pu verser quelque 51 000 $ supplémentaires à son établissement de santé, pour répondre à des besoins pressants en équipements et instruments divers, dans de nombreux services.

Au chapitre des activités en 2009, notons d'abord la représentation de « Broue», à la fin de mars. Quelques mois plus tôt, les gars de « Broue», les comédiens Michel Côté, Marcel Gauthier et Marc Messier, donnaient gracieusement une centaine de billets à notre organisme, pour leur représentation théâtrale du 31 mars 2009. Puis, avec leur autorisation, la Fondation de l'Hôtel-Dieu d'Alma vendit ces cent billets au coût exceptionnel de 200 $ l'unité, ce qui lui permit de recueillir la magnifique somme de 20 000 $! Sans ce geste généreux des trois comédiens et des cent détenteurs de billets, notre organisme n'aurait pu récolter une somme de cette importance aussi rapidement. En effet, les cent précieux billets ont trouvé preneurs en 7 minutes!

Autre rendez-vous majeur, la tenue du tournoi de golf de notre organisme, en juin. Attirant quelque 220 golfeurs à chaque édition, ce tournoi constitue l'un des piliers solides de notre organisme. Cet événement a d'ailleurs atteint le cap des 21 ans d'existence, en juin 2009. Quelques semaines plus tôt, le marchethon des élèves de l'École Saint-Antoine de Saint-Gédéon en était pour sa part à sa 19e édition. Depuis 1991, toute une génération de jeunes a pris part à cette activité, dans le seul but de s'impliquer avec dévouement, enthousiasme et générosité. En août, la Fondation de l'Hôtel-Dieu d'Alma fut pour la première fois bénéficiaire de l'Omnium Mickey's, tenu au Club de golf Le Ricochet de Saint-Bruno. Cette activité a permis à notre organisme de bénéficier d'une importante contribution de 5 000 $, laquelle a servi à procurer un moniteur spécialisé au service de pédiatrie du CSSS de Lac-Saint-Jean-Est. Finalement, le concert de Noël présenté par la Chorale Aquilon d'Alma, en novembre dernier, a marqué d'une façon particulière la fin de notre campagne majeure de trois ans. Chaque action posée par notre organisme a pour seul but de demeurer un partenaire de premier plan de notre établissement, en regard de l'acquisition d'équipements et d'instruments médicaux. Il importe d'ailleurs de souligner que durant l'année 2009, notre Fondation a procuré de la technologie de pointe à de nombreux secteurs d'activités

médicales : gynécologie, pneumologie, pathologie, urologie et pédiatrie. Elle a aussi répondu à des besoins touchant les soins intensifs, l'urgence, les unités de soins, la santé mentale, divers services de notre établissement, de même que la clientèle en Centres d'hébergement de longue durée. On parle d'un apport financier de l'ordre de 398 973 $ accordé par la Fondation de l'Hôtel-Dieu d'Alma, seulement durant cet exercice financier. Car depuis la création de notre organisme, c'est plus de 4 millions $ qui furent versés à notre établissement de santé, afin qu'il puisse maintenir et améliorer son offre de service envers toute la population qu'il dessert.

D'autre part, la Fondation de l'Hôtel-Dieu d'Alma a poursuivi son association avec « Les amis d'Émile », ces derniers mois. Celle-ci permet d'assurer non seulement la pérennité de la chambre neutropénique, implantée à la pédiatrie en novembre 2007, mais aussi de pouvoir répondre aux besoins de ce secteur d'activités médicales d'importance, au sein du CSSS de Lac- Saint-Jean-Est. « Les amis d'Émile » ont également été très actifs en 2009, avec la tenue de diverses activités en étroite collaboration notamment avec La Cage aux sports d'Alma, mais aussi par la présentation d'un match avec les légendes du hockey. Cet événement a attiré une foule fort enthousiaste, en novembre dernier, au Centre Mario-Tremblay d'Alma.

Toute cette action est appuyée par le conseil d'administration de la Fondation de l'Hôtel-Dieu d'Alma. Lors de la 28^{e} assemblée générale annuelle de notre organisme, tenue le 17 mars 2010, M. Denis Bonneville fut élu sans opposition au poste de président de notre Fondation. Il succédait à M^{me} Lizette Fournier-Lapointe qui tirait alors sa révérence après huit années d'implication dans notre organisation, dont quatre ans au poste de présidente. Le conseil d'administration de notre organisme est également composé des personnes suivantes : M. Sabin Turcotte, vice-président, M^{me} Diane Roy, secrétaire, M. Richard Dubé, trésorier, M^{me} Jocelyne Boucher, M. Daniel Dubé, M. Charles Fournier, M. Camil Laforge, M^{me} Mireille Larouche, M. Patrice Lavoie, M. Serge Michaud, M. Julien Simard, M. Bernard Côté, M. Guy Harvey, M. Jocelyn Fradette et M^{me} Suzanne Pelletier, directrice générale de la Fondation de l'Hôtel-Dieu d'Alma.

À ce moment-ci, la Fondation de l'Hôtel-Dieu d'Alma tient donc à remercier du fond du cœur tous les donateurs, partenaires, bénévoles et artisans, non seulement de cette levée de fonds de trois ans dont elle tourne maintenant la page, mais aussi tous ceux et celles qui l'ont accompagnée à ce jour. Notre organisme entend poursuivre sur cette belle lancée que lui a procuré cette deuxième campagne majeure à son actif, en conservant une place privilégiée dans le coeur de la population Lac-Saint-Jean-Est. Grâce à chacun d'entre vous, la Fondation de l'Hôtel-Dieu d'Alma a pu un jour prendre son envol, accomplir de grandes choses et surtout, durer... Avec votre solide appui, notre Fondation est vouée à un bel avenir, nous en sommes certains!

Suzanne Pelletier, directrice générale

Annexe 2 Liste des bénévoles du CSSS de Lac-Saint-Jean-Est

Nous tenons à remercier sincèrement les personnes suivantes pour leur dévouement et leur implication au sein de notre établissement :

Adrien Lachance
Aline Couillard
Aline Fortin
Andrée Gagnon
Angèle Fortin
Annette Côté
Bérangère Leclerc
Bibiane Bouchard
Brigitte Lemay
Céline Bolduc
Céline Gauthier
Céline Larouche
Céline Martin
Charlotte Tremblay
Christiane Larouche
Christiane Simard
Claire Duchesne
Claire Paradis
Claude Gagnon
Claude Perron
Claudette Marchand
Clémence Gobeil
Denise Bélanger
Denise Dufour
Denise Savard
Denise Tremblay
Diane Harvey
Églantine Dallaire
Errol Harvey
Estelle Mathieu
Fernand Larouche
Fernand Lavoie
Fleurette Jean
François Harnois
François Turbide
Françoise Simard
Gaston Boily
Georgette Laforest
Gérald Tremblay
Géraldyne Fortin
Germain Cauchon
Gertrude Tremblay
Ghislain Doré
Gisèle Collard
Gisèle Fortin
Gisèle Hamel
Graciette Tremblay
Herman Girard
Huguette Duchesne
Huguette Laroche
Huguette Larouche
Jacques Gagnon
Janine Harvey
Jeannine Déry
Jeannine Girard
Jocelyne Girard
Julienne Gaudreault
Katia Dotto
Laurette Pouliot
Léa St-Pierre
Lili-Ann Fortin
Lise Hudon
Louis-Émond Bergeron
Louise Bouchard
Louise Tremblay
Lucie C.Roy
Lucie Lecarme
Lucie Villeneuve
Lucienne Larouche
Marcelle Tremblay
Marguerite Jean
Marielle Larouche
Mariette Savard
Martin Boily
Michel Tremblay
Monique Grenon
Monique Martel
Murielle Théberge
Norma Collard
Normande Bouchard
Normande Émond
Normande Savard
Noël Girard
Normande Bouchard
Odette Allard
Odette Girard
Olivette Bolduc
Pauline Minier-Hudon
Pierre Bourdeau
Pierre Labbé
Rachel Dufour
Régine Bouchard
Rémi Gaudreault
Rémi Néron
René Hudon
Renée Girard
Richard Plourde
Roch Harvey
Robert Ferland
Robertine Gaudreault
Roland Minier
Rosaire Bouchard
Rose-Ange Bolduc-Gilbert
Ruth Tremblay
Serge Fortin
Serge Gauthier
Solange Gauthier
Suzanne Carrière
Suzanne Desbiens
Suzanne Lepagne
Sylvain Guérin
Thérèse Croft
Thérèse Desmeules
Thérèse Simard
Viviane Boulanger
Yves Fortin
Yvon Girard

Merci !!!

Annexe 3 Circulaire sur la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux

INFORMATIONS À FOURNIR CONCERNANT LA PRESTATION SÉCURITAIRE DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (2002, c.71) ET L'APPLICATION DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (L.R.Q. c. S-4.2)
Exercice concerné : 2009-2010

Identification de l'agence : Saguenay-Lac-Saint-Jean
Numéro d'identification de l'établissement : 1104-4179
Nom de l'établissement : CSSS de Lac-Saint-Jean-Est
Nom du répondant : Lalancette Prénom : Josée
Titre du répondant : Gestionnaire des risques et de la qualité

1. Comité de gestion des risques et de la qualité

1.1 Adoption par le conseil d'administration du règlement instituant le comité :	**Oui**	X	**Non**	

1.2 Date de la mise en place du comité (JJ/MM/AAAA): 02/2004

1.3 Nombre de membres : 13

1.4 Membres :

Fonction	Fonction
Directeur Ressource intermédiaire	Adjointe au directeur général et gestionnaire des risques et de la qualité
Chef du service santé et sécurité au travail	Chef de programme en milieu de soins et milieu de vie
Coordonnateur du programme de prévention et contrôle des infections	Coordonnatrice des laboratoires et de la stérilisation
Auxiliaire bénévole et représentante des usagers	Agente en relation humaine (conseil multidisciplinaire)
Infirmière (CII)	Conseillère clinique (contention, isolement, prévention des chutes et plaie de pression)
Pharmacienne (CMDP)	Agente administrative
Médecin spécialiste (ad hoc)	

1.5 Nombre de réunions tenues par le comité pour l'année budgétaire en cours : 7

1.6 Problèmes priorisés par le comité l'an prochain :

Plan d'action :
1.Informer/sensibiliser le personnel du CSSS à la culture de sécurité
2.Optimiser l'analyse des rapports AH-223
3.Diffuser des mesures préventives et correctives

1.7 Deux programmes de gestion des risques (implantation ou évaluation) seront appliqués l'an prochain :

Évaluation :
1.Prévention des chutes
2.Contention et isolement

2. DIVULGATION DE TOUT ACCIDENT

2.1 Adoption par le conseil d'administration du règlement sur les règles relatives :

- à la divulgation de toute l'information nécessaire lorsque survient un accident : **Oui** [X] **Non** [ ]
- aux mesures de soutien incluant les soins appropriés : **Oui** [X] **Non** [ ]
- aux mesures pour prévenir la récurrence d'un tel accident : **Oui** [X] **Non** [ ]

2.2 Si oui, date de mise en vigueur du règlement (JJ/MM/AAAA) : 24/02/2004

2.3 Les règles de divulgation sont respectées :
Jamais [ ] Quelques fois [ ] La plupart du temps [X] Difficile à savoir [ ]

2.4 Une analyse pour évaluer les causes souches est effectuée lors d'un accident avec conséquences graves :
Jamais [ ] Quelques fois [ ] La plupart du temps [X] Difficile à savoir [ ]

2.5 Les solutions pour éviter la récurrence sont appliquées suite à une analyse approfondie :
Jamais [ ] Quelques fois [ ] La plupart du temps [X] Difficile à savoir [ ]

2.6 De la formation quant à la divulgation a été donnée aux personnes concernées de votre organisation pendant l'année en cours : **Oui** [X] **Non** [ ]

3. DÉCLARATION DE TOUT INCIDENT ET ACCIDENT ET CONSTITUTION D'UN REGISTRE LOCAL

3.1 Nombre d'incidents déclarés pour l'année budgétaire en cours : 1651*

3.2 Nombre d'incidents déclarés ayant fait l'objet d'analyse : **
20 % [ ] 40 % [ ] 60 % [ ] 80 % [ ] 100 % [ ]

**** Actuellement, l'application SISSS ne donne pas ces statistiques. Des mesures ont été prises dans la majorité des incidents déclarés.**

3.3 Nombre d'incidents déclarés où des mesures ont été prises pour en prévenir la récurrence : ***
20 % [ ] 40 % [ ] 60 % [ ] 80 % [ ] 100 % [ ]

***** Actuellement,l'application SISSS ne donne pas ces statistiques. Des mesures pour prévenir la récurrence ont été prises dans la majorité des incidents déclarés.**

3.4 Nombre d'accidents déclarés pour l'année budgétaire en cours : 782*

3.5 Nombre d'accidents déclarés ayant fait l'objet d'analyse approfondie : **
20 % [ ] 40 % [ ] 60 % [ ] 80 % [ ] 100 % [ ]

**** Actuellement, l'application SISSS ne donne pas ces statistiques. Des mesures ont été prises dans la majorité des accidents déclarés.**

3.6 Nombre d'accidents déclarés où des mesures ont été prises pour en prévenir la récurrence : ***
20 % [ ] 40 % [ ] 60 % [ ] 80 % [ ] 100 % [ ]

***** Actuellement, l'application SISSS ne donne pas ces statistiques. Des mesures pour prévenir la récurrence ont été prises dans la majorité des accidents déclarés.**

3.7 Nombre d'accidents déclarés où il y a eu décès : 0

3.8 Durée moyenne de jours additionnels d'hospitalisation (prolongation) consécutifs aux accidents déclarés : N/D

3.9 Mise en place d'un registre local des incidents et des accidents : **Oui** [X] **Non** [ ]

3.10 Si oui, date de sa mise en place (JJ/MM/AAAA) : SISSS: 01/04/2009

3.11 Nombre de rapports transmis à l'agence de développement sur les incidents ou accidents déclarés pour l'année budgétaire en cours : 1

*** A ces incidents et accidents s'ajoutent 158 évènements avec un niveau de gravité indéterminé.**

4. AGRÉMENT DES SERVICES DISPENSÉS

4.1 Sollicitation d'un organisme d'agrément : **Oui** [X] **Non** [ ]

4.2 Si oui, nom de l'organisme sollicité : Agrément canada

4.3 Si non, nom de l'organisme qui sera sollicité :

4.4 Date à laquelle cet organisme sera sollicité (JJ/MM/AAAA) : 31/05/2009

4.5 Agrément obtenu : **Oui** [X] **Non** [ ]

4.6 Si oui, type d'agrément obtenu : Agrément avec condition

4.7 Rapport (s) abrégé (s) d'agrément transmis :

	Oui	**Non**
– au ministre :	X	
– à l'agence :	X	
– aux ordres professionnels concernés :	X	

Annexe 4 Code d'éthique et de déontologie des administrateurs et administratrices

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le présent Code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration et de l'équipe de direction composée des directeurs dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leur fonction au Centre de santé et de services sociaux de Lac-Saint-Jean-Est.

DÉFINITION

1. « Membre du conseil d'administration » désigne toute personne, incluant le directeur général, qui siège comme membre du conseil d'administration de l'établissement, qu'elle soit élue ou nommée.
2. « Conflit d'intérêts » désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation où l'intérêt direct ou indirect du membre du conseil d'administration est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt.
3. « Directeur » désigne toute personne composant l'équipe de direction à titre de cadre supérieur ou hors cadre dans l'établissement qu'est le Centre de santé et de services sociaux de Lac-Saint-Jean-Est.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS

1. Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux.
2. Le membre du conseil d'administration doit agir de façon courtoise envers le public et maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.
3. Le membre du conseil d'administration doit agir avec soin, intégrité, honneur, dignité, probité et impartialité.
4. Le membre du conseil d'administration doit être loyal et intègre envers les autres membres du conseil d'administration et ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux.
5. Le membre du conseil d'administration doit préserver la confidentialité des débats, échanges et discussions.
6. Le membre du conseil d'administration se rend disponible pour remplir ses fonctions et prend une part active aux décisions du conseil d'administration.
7. Le membre du conseil d'administration s'assure de bien connaître et suivre l'évolution de l'établissement; il se renseigne avant de décider et, au besoin, évite de prendre des décisions prématurées.
8. Le membre du conseil d'administration se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement au vote ou à quelque décision que ce soit.
9. Le membre du conseil d'administration fait preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il fait preuve de prudence et de retenue à l'égard d'informations confidentielles dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée des gens ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

DEVOIRS SPÉCIFIQUES DU MEMBRE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

A) Les mesures de prévention

1. Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.
2. Le membre du conseil d'administration doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.
3. Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'établissement, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de cet établissement.
4. Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel.
5. Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises ayant conclu ou susceptibles de conclure des contrats avec l'établissement.
6. Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.
7. Le membre du conseil d'administration adopte une attitude de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.
8. Le membre du conseil d'administration autre que le directeur général, sous peine de déchéance de sa charge, déclare par écrit son intérêt au conseil lorsqu'il a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'un des établissements qu'il administre.

B) Identification des situations de conflits d'intérêts

1. Le membre du conseil d'administration doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir utilement ses fonctions, sauf celles acceptées par le législateur de par la composition du conseil d'administration.
2. Le membre du conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.
3. Le membre du conseil d'administration ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.
4. Le membre du conseil d'administration s'abstient de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.
5. Cependant, le fait pour ce membre du conseil d'administration d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise visée ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si l'administrateur en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., chapitre V-l.l).

DEVOIRS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DES DIRECTEURS

A) L'équipe de direction et les conflits d'intérêts

1. Le directeur général et les directeurs ne peuvent, et sous peine de déchéance de leur charge, avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit leur intérêt personnel et celui de l'établissement.

   Toutefois, cette déchéance n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, pourvu qu'ils y renoncent ou, qu'après en avoir informé le conseil d'administration, ils en disposent dans les délais fixés par celui-ci.
2. Le directeur général et tout autre directeur doivent, dans les soixante (60) jours suivants leur nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'ils ont dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec tout établissement. Cette déclaration doit être mise à jour dans les soixante (60) jours de l'acquisition de tels intérêts et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de la nomination.
3. Le directeur général et tout autre directeur doivent, dans les trente (30) jours qui suivent la conclusion de tout contrat de services professionnels, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tel contrat conclu avec un établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle le directeur général et tout autre directeur ont des intérêts pécuniaires.
4. Le directeur général et tout autre directeur doivent, sous peine de déchéance de leur charge ou de suspension sans traitement et sous réserve des exceptions prévues à la loi, s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de leur fonction. Cependant, lorsqu'ils occupent un autre emploi, charge ou fonction, ils doivent produire, dans les soixante (60) jours suivants la désignation à cette fin et, à chaque année, dans les soixante (60) jours, de l'anniversaire de leur nomination, une déclaration écrite mentionnant l'existence de ce fait.

B) Biens de l'établissement

1. Le directeur général et tout autre directeur utilisent les biens, les ressources ou les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous. Ils ne peuvent confondre les biens de l'établissement avec les leurs.

C) Avantages ou bénéfices indus

1. Le directeur général et tout autre directeur ne peuvent accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaire avec l'établissement, ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible d'influencer dans l'exercice de leurs fonctions ou de générer des expectatives en ce sens.

   Notamment est considéré un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui compromet ou semble compromettre l'aptitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

2. Le directeur général et tout autre directeur ne reçoivent aucun traitement ou autres avantages pécuniaires à l'exception du salaire et du remboursement des dépenses faites dans l'exercice de leurs fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement.

3. Le directeur général et tout autre directeur doivent s'interdire sous peine de déchéance de leur charge, d'accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.

D) Interventions abusives

1. Le directeur général et tout autre directeur s'abstiennent de manoeuvrer pour favoriser des amis ou des proches.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS DU MEMBRE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION APRÈS LA FIN DE SON MANDAT

1. Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil.

2. Le membre du conseil d'administration doit témoigner de respect envers l'établissement et son conseil d'administration.

3. Le membre du conseil d'administration évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'établissement et de toutes les personnes qui y oeuvrent.

MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

A) Nomination d'un comité d'éthique et de déontologie

1. Un comité formé de trois membres et d'un substitut du conseil d'administration sera nommé par le conseil d'administration pour voir à l'application du présent code.

2. Les membres de ce comité verront entre eux, à se nommer un président.

B) Introduction d'une demande d'enquête

1. Toute allégation d'inconduite ou de manquement à la loi ou au présent Code visant un membre du conseil d'administration doit être transmise au président du *Comité d'éthique et de déontologie* ou, s'il s'agit de ce dernier, à tout autre membre du comité. La personne à qui cette allégation est transmise en saisit le comité qui doit alors se réunir, au plus tard, dans les trente (30) jours suivants.

2. Le comité peut également examiner, à sa propre initiative, toute situation de comportement irrégulier d'un membre du conseil d'administration.

C) Examen sommaire

1. Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu de l'article qui précède, le président du comité peut rejeter, sur examen sommaire, toute allégation qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Il doit cependant en informer les autres membres du comité, lors de la première réunion qui suit. Le comité peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation.

D) Tenue de l'enquête

1. Le comité décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

E) Information de l'administrateur concerné

1. Au moment qu'il juge opportun, le comité doit informer le membre du conseil d'administration visé, des manquements reprochés, en lui indiquant les dispositions concernées de la loi ou du Code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai raisonnable, le membre du conseil d'administration a le droit d'être entendu, de faire témoigner toute personne de son choix et de déposer tout document qu'il juge pertinent.

F) Transmission du rapport au conseil

1. Lorsque le comité en vient à la conclusion que le membre du conseil d'administration a enfreint la loi ou le présent Code ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il transmet au conseil d'administration un rapport contenant un sommaire de l'enquête et une recommandation de sanction. Ce rapport est confidentiel.

G) Décision

1. Le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la sanction à imposer au membre visé. Ce dernier ne peut participer aux délibérations ni à la décision, mais il peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.

2. Les trois membres du comité d'éthique et de déontologie ne peuvent non plus participer aux délibérations ni à la décision.

H) Sanctions

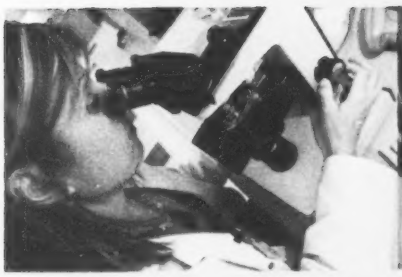
1. Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours en déchéance de charge. Le membre du conseil d'administration est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.

I) Engagements

1. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil, chaque membre du conseil d'administration et de l'équipe de direction doit produire l'engagement contenu à l'Annexe I du présent Code.

2. Chaque nouveau membre du conseil d'administration doit faire de même dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction.

3. De plus, tout membre du comité d'éthique et de déontologie doit produire, dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction, l'engagement contenu à l'Annexe II du présent Code.

Centre de santé et de services sociaux
de Lac-Saint-Jean-Est

Des gens avec L'ACCENT VERT l'avant!